JUNTA NACIONAL DE DROGAS

FORO ACADÉMICO

2020 · 2021 · 2022 · 2023

Uruguay Presidencia

Junta Nacional de Drogas
Salud, Libertad y Solidaridad

PNUD

Autoridades

Secretario de la Presidencia de la República
Presidente de la Junta Nacional de Drogas
Dr. Rodrigo Ferrés

Secretario General de la Junta Nacional de Drogas
Dr. Daniel Radío

Publicación

Coordinación, compilación y corrección
Área Comunicación y Prensa JND
Lic. Carolina Fernández, Lic. Federico Montero,
Sr. Leonardo Carugati

Diseño y diagramación
Lic. Florencia Méndez

ISBN: 978-9974-742-73-4

Fecha de impresión
2024

Foros académicos

Coordinación general
Lic. Gustavo Misa

Coordinación académica
Psic. Ana Castro

Organización
Área Formación JND

Comunicación y difusión

Área de Comunicación y Prensa JND
Lic. Carolina Fernández, Lic. Federico Montero,
Sr. Leonardo Carugati
2020-2022 Coordinador Sr. Eduardo Cannizzo

Colaboración

Contactos internacionales
Área Relaciones Internacionales y Cooperación JND
Lic. Andrea Rizzo, Lic. Denisse De Moraes

Área Administración JND
Sra. Graciela De Castellet, Sra. Ana Baleato,
Sra. Marta Rochón

Uruguay Presidencia | Junta Nacional de Drogas
Salud, Libertad y Solidaridad

EDICIÓN ESPECIAL

FOROS ACADÉMICOS

2020 · 2021 · 2022 · 2023

ÍNDICE

FORO 1 / 2020 **8**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 12
Presentación **14**
Esc. Beatríz Argimón 16
Dr. Daniel Salinas 18
Lic. Rodrigo Arim 20
Cr. Roberto Brezzo 22
Dr. Daniel Radío 24
Ponencias **28**
Dr. Bartolomé Pérez Gálvez 30
Prof. Dra. Amalia Laborde García 36
Dr. Fredy Da Silva Rodio 42
Mag. Leticia Aszkinas 48
Mag. Liria Ortíz 54
Prof. Dr. Juan E. Fernández Romar 58
Mag. Pablo Fielitz Gentili 62
Dr. Horacio Porciúncula 66
Prof. Mag. Hugo Rodríguez Almada 70

FORO 2 / 2021 **76**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 80
Presentación **82**
Dra. Carolina Ache 84
Dr. Leonardo Cipriani 88
Dr. Daniel Radío 92
Ponencias **96**
Dr. Mauricio Roberto Campelo de Macedo 98
Dr. Roberto Canay 104
Dr. Ricardo Bernardi 110
Dra. Raquel Peyraube 116
Dr. Antonio Pascale 122
Comentarios **128**
Dr. Javier Sánchez Arroyo 130
Dr. Pablo Fielitz 138
Dr. Gabriel Eira 142
T.S. Paula Goltzman 146
Lic. Roberto Gallinal 152

FORO 3 / 2022 **160**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 164
Presentación **166**
Esc. Beatriz Argimón 168
Sr. Álvaro Dastugue 170
Dra. Ana Ribeiro 172
Dr. Daniel Radío 176
Ponencias **180**
Ph.D. Augusto Pérez Gómez 182
Ph.D. Mag. Gregor Burkhart 188
Dra. Nilia Viscardi 196
Lic. Renato Opertti 206
Dr. Javier Lasida 216
Prof. Luis Giménez 222
Lic. Juan Pedro Mir 228

FORO 4 / 2023 **234**

JORNADA 1 238
Apertura
Dr. Nelson Bracesco 240
Presentación
Sr. Alfonso Fernández De Castro 242
Dr. Daniel Radío 244
Ponencias
Mesa 1 250
Dra. Rosario Queirolo 251
CFA Alfredo Pascual 252
Lic. Julio Calzada 258
Dr. Martín Fernández 264
Lic. Héctor Suárez 270
Mesa 2 286
Dra. Raquel Peyraube 288
Ing. Agr. Sergio Vázquez 296

JORNADA 2 314
Dr. Facundo Álvarez 316
Dr. Sergio Sánchez Bustos
y Mag. Mariela Hernández Moraga 336
Dra. Sandra Carrillo 344
QF. Pedro Wong 360
Dra. Leticia Cuñetti 380
Lic. Burix Mechoso 394

FORO

FORO ACADÉMICO

Usos problemáticos de drogas: miradas y abordajes

AUDITORIO MARIO BENEDETTI
COMPLEJO TORRE DE LAS COMUNICACIONES
10 DE DICIEMBRE DE 2020

ÍNDICE

FORO 1 / 2020 **8**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 12
Presentación **14**
Esc. Beatríz Argimón 16
Dr. Daniel Salinas 18
Lic. Rodrigo Arim 20
Cr. Roberto Brezzo 22
Dr. Daniel Radío 24
Ponencias **28**
Dr. Bartolomé Pérez Gálvez 30
Prof. Dra. Amalia Laborde García 36
Dr. Fredy Da Silva Rodio 42
Mag. Leticia Aszkinas 48
Mag. Liria Ortíz 54
Prof. Dr. Juan E. Fernández Romar 58
Mag. Pablo Fielitz Gentili 62
Dr. Horacio Porciúncula 66
Prof. Mag. Hugo Rodríguez Almada 70

MESA DE **APERTURA**

URUGUAY

Dr. Rodrigo Ferrés

PROSECRETARIO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y PRESIDENTE DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS.

Decíamos recientemente, en el marco del 64° Período de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, que estamos convencidos que no existe una única y universal solución para la problemática de las drogas, por cuanto no existe una sola y permanente realidad, sino que ésta cambia en el tiempo y según las regiones, los países y las comunidades. No existe, por tanto, una única respuesta universal.

La pluralidad de condiciones y causas, la propia dinámica de sus formas de constitución y manifestación, caracterizada y definida por la complejidad, exigen entonces que las lecturas de interpretación y las propuestas de intervención, estén en plena sintonía con esa naturaleza de complejidad. No existen las soluciones simples, no existen las soluciones fáciles ni rápidas.

Surge entonces el desafío de la participación. Participación mancomunada de múltiples actores, gobierno, sociedad civil, academia, agentes privados, todos los cuales tienen, a la vez, opinión y responsabilidad en la construcción de esas respuestas desde una visión multidimensional. La participación social en la construcción de estas políticas garantiza la incorporación de diversas miradas y la riqueza de las diversas teorías y contribuciones.

Desde esta perspectiva, y a partir de estas premisas, se define un objetivo insoslayable: las políticas de drogas deben asegurar a todos los ciudadanos y habitantes del país la protección de la salud, el acceso adecuado a información veraz y confiable, a programas de promoción de salud y de prevención así como a servicios de tratamiento e integración social de calidad. Y ese objetivo superior se persigue, no como un objetivo en sí mismo, sino como contribución a procesos de desarrollo más amplios de las personas, sean éstos sociales, económicos o culturales.

Sustentada en los principios fundamentales: Derechos Humanos, Desarrollo con Equidad, Integralidad y Equilibrio, Corresponsabilidad, Democracia, Evidencia Científica y Transparencia, Uruguay aprobó en junio pasado su Estrategia Nacional de Drogas para el período 2021-2025. En ella se expresa la vocación de gobierno de proyectar las largas líneas de duración de una política que no tiene hoy un comienzo, sino que es fruto de múltiples esfuerzos que cuentan ya con décadas de trabajo y compromiso de numerosas instituciones y personas, plena y responsablemente involucradas.

Asimismo – y como se enuncia expresamente en la Estrategia - es una política centrada en la persona humana. La perspectiva que hemos asumido es que la libertad inherente a la persona humana, no solamente confiere una condición ontológica diferencial, sino que además condicio-

na fuertemente la calidad y el cauce por el que habrán de transcurrir las determinaciones políticas, de manera tal, que éstas jamás puedan interferir con lo esencial de ser persona, evitando incurrir en intervenciones que promuevan la desnaturalización de la condición humana como tal. Allí radica el centro medular de nuestro compromiso.

En este proceso de construcción colectiva se entendió oportuna la realización del Foro Académico "Usos problemáticos de drogas: miradas y abordajes", cuyas presentaciones y ponencias se incluyen en la presente publicación. El mismo, constituyó una prestigiosa instancia de intercambio y reflexión crítica, en un tema por demás sensible y de alta demanda en el escenario actual, con énfasis en las distintas modalidades de tratamiento y rehabilitación de personas con usos problemáticos de drogas.

No obstante, se dispone de rica literatura tanto a nivel nacional como internacional, se considera fundamental la profundización y problematización de los diferentes aspectos relacionados a la temática, por parte del ámbito académico, fomentando la producción y difusión de conocimiento científico, en permanente construcción.

Abordar la complejidad e integralidad de la temática y promover crecientes niveles de calidad y equidad en los servicios, impone una estrategia de trabajo interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria, en el cual la Academia tiene un rol decisivo.

Hemos tenido el privilegio de contar con la participación de destacados referentes de la Academia nacional e internacional, aportando valiosos insumos tanto desde la evidencia científica como desde su propia experiencia profesional. En este sentido expresamos nuestro agradecimiento a los integrantes de los paneles de Expositores y Comentaristas cuyo distinguido y sólido aporte, hicieron posible el logro de los objetivos propuestos por el Foro Académico.

PRESENTACIÓN

En setiembre de 2020, a partir del concepto de Salud Integral como eje integrador de los campos clásicos de prevención, tratamiento e inserción, el secretario general de la Junta Nacional de Drogas (JND), Dr. Daniel Radío, propuso a los técnicos de la Secretaría Nacional de Drogas (SND), la realización de una actividad de presentación, análisis y debate de los principales enfoques sustentados por la Academia en materia de modelos de abordaje del tratamiento de usos problemáticos de drogas. A partir de esta propuesta se organizó en diciembre de ese año el foro cuyas presentaciones se incluyen en esta publicación. Al evento fueron invitados prestigiosos académicos del medio nacional e internacional, del campo de la medicina legal, toxicología, psiquiatría y psicología, varios de los cuales suman, a su desempeño académico, la experiencia de la clínica. La dinámica presentada contó con un panel de Expositores y otro de Comentaristas, quienes vertieron contenidos que se entienden altamente significativos respecto a los aspectos presentados.
Las presentaciones, comentarios y el posterior debate, fueron orientados por las siguientes preguntas guía:

- ¿Hay un solo camino para el tratamiento de los usos problemáticos de sustancias?
- ¿Qué evidencias existen acerca de la efectividad de las diferentes modalidades de tratamiento: residenciales, ambulatorias, diurnas, comunitarias?
- ¿Qué lugar ocupan los episodios de consumo ("caídas" y "recaídas") en el proceso terapéutico?
- ¿Cuándo se considera necesaria la internación en los tratamientos de personas que presentan usos problemáticos?

URUGUAY

Esc. Beatríz Argimón

VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

Muy buenos días, autoridades, destacados asistentes a este especial evento. Cuando el director de la Junta me comentó y tuvo la amabilidad de invitar al Parlamento Nacional, inmediatamente le dije que para nosotros era prioritario asistir al inicio de este evento, al que le asignamos una vital importancia. Tampoco me sorprende que al poco tiempo de anunciarlo ya hubiera una cantidad importante de participantes dispuestos a formar parte de este evento por lo que significa el tema. Tema que hemos seguido en lo personal desde hace muchos años, y por eso yo estoy aquí en mi carácter de Presidenta de la Asamblea General, pero fundamentalmente para ratificar mi compromiso personal. Porque este es un tema donde todos tenemos que estar involucrados, todos tenemos que seguir de alguna manera los aportes que desde lo académico y desde la puesta en práctica de medidas, están llevando respuestas que son importantísimas para gran parte de nuestra sociedad, por no decir para toda la sociedad. Porque este es un tema donde debemos estar todos involucrados. Yo me resisto a que este tema lo consideren sólo quienes tienen por ejemplo consumo abusivo en sus familias. Este es un tema de todos sin lugar a dudas. Entonces el Parlamento Nacional tiene que estar a la altura de las respuestas que tienen que darse a nivel legal, pero también de acompañamiento institucional y social. Así que en lo institucional, por supuesto, que se sepa a nivel de Junta, a nivel de Ministerio de Salud Pública y de la academia, que estamos dispuestos a acompañar todas las instancias que sean necesarias, con las respuestas que institucionalmente un parlamento debe

> Yo me resisto a que este tema lo consideren sólo quienes tienen por ejemplo consumo abusivo en sus familias. Este es un tema de todos sin lugar a dudas.

dar. Entre otras cosas, el involucramiento y la exhortación a que este es un tema donde todos tenemos que estar presentes y colaborando. Y en lo personal, hace un ratito alguien de una organización me comentaba que me conoció hace veintiocho años cuando yo era directora del hoy INAU[1], en ese momento INAME[2]. ¿Saben qué? Éramos testigos de cómo avanzaba el consumo problemático de una sociedad uruguaya que miraba para el costado. Hemos percibido, gracias especialmente al trabajo de la academia, cómo se fue avanzando en el abordaje de este tema y de una sociedad que entendió que esto está presente y que debemos asumirlo. Pero todavía falta un mayor involucramiento. Así que en lo personal sepan ustedes que pueden contar conmigo. Muchas gracias por esta jornada de hoy.

1 Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.

2 Instituto Nacional del Menor, antigua denominación del INAU.

URUGUAY

Dr. Daniel Salinas

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Sra. vicepresidenta de la República, Beatriz Argimón; Sr. secretario general de la JND, Daniel Radío; Sr. rector de la Universidad de la República, Rodrigo Arim; Sr. representante del Consejo de Rectores de las Universidades Privadas, Roberto Brezzo, académicos, público en general, muy buenos días. Hoy nos convoca el Foro Académico sobre uso problemático de drogas. Miradas y abordajes, en lo que respecta a los diferentes modelos de atención y tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias. La verdad que es un honor estar frente a referentes académicos prestigiosos de nuestro país con una gran trayectoria, para compartir desde su expertise, las miradas y el abordaje que son y serán de gran utilidad para ensamblar con las políticas públicas y delinearlas. Uruguay desde larga data, en lo que respecta a políticas públicas, ha afrontado grades desafíos. En los últimos diez años en particular, en la Asamblea General sobre el problema de las drogas en UNGASS 2016[3], donde se gira el abordaje de las políticas de drogas con una perspectiva de Derechos Humanos, de desarrollo sostenible y de salud pública, poniendo en el centro de la política a las personas. Tenemos que seguir construyendo caminos para un desarrollo de un sistema integral de prevención y tratamiento que vislumbre acciones de promoción de salud de los usos problemáticos de drogas, a través de estrategias integrales, transdisciplinarias e interinstitucionales que desarrollen y contemplen las habilidades y capacidades psicosociales en el ámbito educativo, laboral, comunitario y familiar. Para ello es necesario evaluar, actualizar, intercambiar y fortalecer las políticas públicas sobre drogas con un enfoque, como dijimos antes, en los Derechos Humanos. Tenemos ese compromiso de no profundizar en acciones que impacten en estigmatizaciones innecesarias, sino a contribuir a la plena inserción en el entramado social, por lo que debemos trabajar para que ningún uruguayo quede fuera de estas políticas. Como neurólogo realmente conozco de cerca el efecto deletéreo del consumo abusivo de sustancias, su efecto sobre la funcionalidad del sistema nervioso y sobre el mismo sistema nervioso desde el punto de vista orgánico, no solamente lo funcional sino lo orgánico. Entonces nos encontramos frente a un desafío que no se trata

3 Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en abril de 2016.

solamente de la capital, sino de llevar a nivel local, departamental, estas políticas, que se tienen que ensamblar a nivel de las direcciones departamentales, con las juntas departamentales y con las intendencias y juntas locales, porque esto ya dejó de ser un problema capitalino o metropolitano, para ser un problema social nacional. Felicito a la Junta Nacional de Drogas y a todos los participantes por dedicar este tiempo al intercambio que ha estado presente en la agenda pública y que a pesar de la pandemia del Covid 19, sigue estando en la agenda y escuchar y aprender de lo que va a ser el abordaje, también, de esta problemática en el primer nivel de atención, la Red Nacional de Drogas y el plan Ciudadela que ya hace tiempo que está en camino. Así que deseándoles una buena jornada y aprendiendo de ustedes y de sus aportes es que vamos a participar de esta jornada en forma institucional como ministro de Salud Pública. Muchas gracias.

Esto ya dejó de ser un problema capitalino o metropolitano, para ser un problema social nacional.

URUGUAY

Lic. Rodrigo Arim

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Buenos días. Antes que nada. Vicepresidente de la República, Ministro de Salud, Dr. Daniel Radío, gracias por la invitación de estar presente en este ámbito y en este momento tan particular para Uruguay, en un Foro que discute problemas de largo plazo en un contexto en donde estamos agobiados por el corto plazo. Permítanme hacer algunas reflexiones generales sobre el rol de la Universidad, de las universidades y la academia en un contexto tan particular de las políticas públicas. Posiblemente en pocas áreas de las políticas públicas se corren más riesgos que cuando hablamos de drogas en términos de la construcción de prejuicios y en términos, también, de lo que no sabemos, de la ignorancia, de esa frontera del conocimiento que la humanidad, y las universidades en particular, intentamos correr sistemáticamente para el uso público, pero donde todavía tenemos mucho que no sabemos. Y reconocer lo que no sabemos es parte de construir agendas de investigación y de articulación de la vida universitaria con las políticas públicas. En el caso de las drogas en sus distintas facetas, por supuesto incorporando el problema del uso abusivo o del uso problemático, se mezclan y se cruzan disciplinas. Por supuesto las ciencias básicas y las ciencias de la salud, mucho tienen que decir hoy, mucho saben sobre los efectos que puede tener el consumo de distintos tipos de sustancias sobre la salud, sobre el funcionamiento físico, sobre el funcionamiento psicológico de las personas, sobre su inserción social. Pero también la investigación clínica avanzando sobre cuales son las mejores estrategias para afrontar los problemas de consumo problemático. O las áreas vinculadas a las ciencias sociales. Este es un problema sociológico y antropológico en el sentido más profundo del término, muy presente a lo largo de la historia de la humanidad, y comprender sus raíces y sus dinámicas sociales es también un insumo imprescindible para poder trazar cualquier estrategia que apueste al bienestar general, entre otras cosas el bienestar de cada uno de los ciudadanos y sus espacios de independencia y libertad, que presupone, también, no caer en circunstancias de dependencia del consumo. Tiene que ver, también, con la economía, de dónde vengo. Uno de los pocos aspectos donde la economía tiene ciertos consensos fuertes es que cuando existen rentas económicas extraordinarias - y los mercados negros las generan - y son de largo plazo, los problemas sociales de largo plazo también se reproducen en otras áreas. Por tanto, no ya de quien consume, sino de los incentivos que se generan en el entramado social, también pen-

sar el problema del consumo problemático y su inserción en el conjunto de las políticas públicas requiere una mirada multidimensional. Uruguay creo que ha avanzado en este plano, hemos avanzado, también, en muchos aspectos con las mejores prácticas internacionales, entre otras cosas al no criminalizar el consumo. Eso es algo que no es reciente en Uruguay porque tiene que ver con lo que planteaba el ministro de Salud Pública. Tiene que ver con asumir el problema desde un punto de vista del bienestar de la persona y su contexto, y de construir herramientas de políticas que vayan en ese encuentro. Por lo tanto discutir y debatir en este espacio, para nosotros es clave en la Universidad de la República y ponemos a disposición todas las capacidades que la institución tiene. Sigue siendo el 80% de la investigación del país en las distintas áreas, para poder avanzar en esta dirección. Aquí hay un elemento muy importante desde el punto de vista de la construcción de políticas públicas y del vínculo universidades - políticas públicas. Que es evitar los vínculos espasmódicos, la demanda inmediata, la inmediatez de una respuesta. Solemos hacer mal las universidades en el Uruguay y en el mundo este tipo de respuesta. Pero solemos ser muy buenos cuando intentamos formular preguntas sobre áreas donde todavía no sabemos y queremos avanzar, y logramos alimentar las políticas sin dar respuestas absolutas. Porque en la ciencia tampoco existen respuestas absolutas. Finalmente el diseño de la política depende de las estructuras políticas. Quienes generamos conocimiento, las instituciones que somos responsables en las sociedades contemporáneas de conocimiento, debemos aportar insumos, levantar prejuicios y dar información válida para construir políticas sanas para el futuro. Y fundamentalmente para nuestros jóvenes que son una población particularmente vulnerable a estas circunstancias. Así que muchas gracias por la invitación y es un gusto estar con ustedes.

> Posiblemente en pocas áreas de las políticas públicas se corren más riesgos que cuando hablamos de drogas en términos de la construcción de prejuicios y en términos, también, de lo que no sabemos (...)

URUGUAY

Cr. Roberto Brezzo

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA EMPRESA.
CONSEJO DE RECTORES DE UNIVERSIDADES PRIVADAS

Un saludo a la Sra Vicepresidenta y al Sr. Ministro de Salud, al Decano de UDELAR, Rodrigo Arim y al Secretario de la Junta Nacional de Drogas, que también ha hecho posible esta reunión. Para nosotros es especialmente importante poder participar y sumarnos a los esfuerzos de la academia que están participando en esta reunión. Es importante por varias razones. En primer lugar porque valoramos mucho el enfoque que la Junta Nacional de Drogas está dando a las políticas en la materia. Un enfoque multidimensional que incorpora los enfoques más modernos en la materia y realmente tiende a analizar la complejidad del tema y evitar las simplificaciones que han llevado al fracaso en el pasado a distintas instituciones. Para las universidades, o para nuestras universidades por lo menos, es sumamente importante esta oportunidad porque en nuestra misión está el colaborar con la sociedad y con la comunidad en la cual actuamos. Pensamos que este es un problema de gran importancia para dicha comunidad. Los académicos tenemos mucho para aportar. Yo creo que lo que está sucediendo hoy en día con la pandemia y la participación de académicos a través del GACH[4] muestra cómo la colaboración entre la academia y los sectores de las políticas públicas enriquece totalmente los resultados y es sumamente positiva para todas las partes. Así que este paso para nosotros es muy importante y es especialmente importante para este tema dado que según las encuestas más recientes en la materia, el grupo más afectado por el consumo de drogas es el grupo etario entre 18 y 35 años, que es precisamente el grupo que abarca los estudiantes de las universidades. Entonces le damos especial importancia a poder actuar en este tema. Y nos gustaría además, y le ofrecemos desde ya a la Junta la posibilidad de continuar actuando. Recordar que Uruguay ha aportado enfoques muy novedosos en algunos temas que han sido sumamente positivos, como la lucha contra el tabaco, como la innovación que se hizo en el caso de la marihuana, como

4 Grupo Asesor Científico Honorario creado por el gobierno de Uruguay para asesorar sobre abordaje de la pandemia de Covid 19.

ahora esas iniciativas que hay en materia de alcohol. Y todos esos merecen quizá, análisis y evaluaciones permanentes para ver cómo van los resultados en el tiempo. Y ahí también los académicos, creo, todos podemos colaborar y ayudar a generar nuevos aportes que sean valiosos para las políticas públicas. En síntesis, las universidades que estamos incluidas en el Consejo de Universidades Privadas estamos dispuestos y deseosos de poder seguir colaborando con estos esfuerzos y ponemos todos nuestros recursos a su disposición con mucho gusto. Muchas gracias por la invitación y quedamos entonces a vuestra disposición.

URUGUAY

Dr. Daniel Radío

SECRETARIO GENERAL DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Las patologías del consumo son una problemática de estos tiempos porque la sociedad contemporánea se rinde ante el altar del consumo. Esto no implica un juicio de valor respecto al hecho de consumir. Y ni siquiera pretende escudriñar en cuanto hay de trivial en ese incremento del consumo. A lo mejor sí, esto se relaciona con el creciente desarrollo de una cultura que exacerba lo fugaz de la existencia: desplazamos los libros por las revistas, las revistas por el clic de un mouse, las letras de una novela por las imágenes de una telenovela, que tan solo un rato más tarde vamos a poder, virtualmente, protagonizar interactuando con la pantalla. Corremos, aunque no queramos en un tiempo cada vez más frágil. Antonio Machado escribía "Hoy es siempre, todavía". Probablemente por estos días escribiría: "Si hoy es siempre, todavía no me alcanza". Los Beatles son petróleo. El rock and roll ya era. Podríamos exhibir el esqueleto de Eduardo Mateo[5] en un museo de historia natural. Lo posmoderno se va quedando permanentemente antiguo. Y todos nosotros vamos a estar meciendo el recuerdo de este mismo Foro Académico dentro de unas pocas horas. Hay un perenne e incandescente agotamiento y una extinción perpetua e instantánea de cualquier cosa que hubiéramos creído valiosa y duradera. Y para peor todo es descartable. Entonces consumimos. Nos consumimos el planeta. Nos consumimos. Pero paralelamente, de alguna manera más o menos clara, más o menos compleja, la sociedad se ha venido transformando progresivamente, en un ámbito generador de vínculos tóxicos: con otras personas, con el juego, con la tecnología, con las sustancias. Pero en todo caso, ni el juego, ni la tecnología, ni las otras personas, ni las sustancias, son el diablo. Sería más fácil si pudiéramos focalizar todas las responsabilidades sobre un elemento único. Algo diabólico. Algo externo. Algo que nos viene de afuera. Algo de lo que somos completamente inocentes como personas o como comunidad. Algo que en medio de la profundidad de las sombras de la noche nos toma por sorpresa. Sería más fácil, porque entonces podríamos aproximarnos al "problema de la drogas" con una suerte de abordaje quirúrgico: hay que extirpar el mal. Me temo que la solución no es tan fácil. Hasta ahora -y desde hace por lo menos algunos milenios- no hemos sacado las drogas del menú. Ni siquiera la "guerra al narcotráfico" con todos esos recursos que

5 Músico y compositor uruguayo (1940 – 1990).

podríamos utilizar para la prevención y para el tratamiento, con todo el despliegue policial, militar y económico, con todos sus miles de millones de dólares diarios quemados por el mundo, ni siquiera, ha determinado una disminución de la oferta. Al contrario. Combatimos el comercio, los precios aumentan, el negocio es más rentable, y la disponibilidad es cada vez mayor. Esto pasa en Uruguay, con las leyes de nuestro país. Y pasa en Chile, en Colombia y en México, con las legislaciones más diversas. No es por ahí. Tenemos un problema de verdad para resolver y tenemos la permanente tendencia a apelar a soluciones mágicas. Y tenemos los magos. Porque este es un lugar propicio para la concurrencia de aspirantes a profeta, que algunas veces son meramente voluntaristas, pero otras, además, medran con el sufrimiento de las personas, las instrumentan, se aprovechan de los dolorosos y frustrantes fracasos terapéuticos, promueven soluciones universales –diseñadas a la medida de sus prejuicios- y en general tienen un importante componente autoritario. Este es un lugar propicio para la concurrencia también de aquellos que creen que ven más allá que el común de los mortales; de los que son proclives a desestimar cualquier logro parcial que les distraiga de su interpretación maniquea de las soluciones. Siempre es todo o nada. Siempre es todo blanco o negro. Este es un lugar propicio para la concurrencia de aquellos que no pueden controlar su tendencia a utilizar expresiones estigmatizantes y simultáneamente son propensos a ignorar los derechos de los usuarios, o de los pacientes. De aquellos que se apuran a explicar el deterioro físico y psíquico de una persona, a punto de partida del potencial adictivo de una sustancia, minimizando las causas que nos empujan al consumo -a todos los consumos- y particularmente minimizando la etiopatogenia del uso problemático de drogas, que es solo un capítulo del consumo. Este es un lugar propicio para la concurrencia de aquellos que no tienen ningún reparo en revictimizar a quienes ya bastante tienen con su padecimiento, y que pretenden atribuir las adicciones -en lo que es un esbozo de razonamiento tan elemental como desacertado- a una presunta enfermedad de la voluntad. “Son débiles de voluntad” postulan desde su atalaya de superados, con el mero pretexto paternalista de que “pobrecitos, nadie hace nada por ellos”. Un lugar donde concurren quienes sin ninguna vergüenza postularían que la mejor clínica cardiológica es aquella cuyo jefe orientador es portador de una insuficiencia cardíaca crónica, porque nadie como él sabe y comprende el sufrimiento de quien padece una cardiopatía. Un lugar para predicadores frustrados. Gente con tiempo libre y facilidad de palabra que se regodea en la promulgación

De aquellos que se apuran a explicar el deterioro físico y psíquico de una persona, como punto de partida del potencial adictivo de una sustancia, minimizando las causas que nos empujan al consumo.

de una dicotomía, tan artificial como improductiva. De la dicotomía entre el reino de los puros por un lado, donde los cuerpos están despojados de injerencias espurias y, del otro lado, el desprecio para quienes tienen una mirada sistemática, no puntual, y la descalificación apocalíptica de los muchos esfuerzos, siempre insuficientes, de todos aquellos que todos los días se ponen el mameluco, o la túnica, y salen a transitar la aventura de un proceso: el proceso salud enfermedad, de nuestro prójimo. Pues bueno, yo creo que necesitamos otra cosa. Cuando los usos de sustancias son problemáticos, constituyen una patología, y como tales deben ser encarados. Y por lo tanto es deseable que las terapéuticas ensayadas tengan evidencia científica que las respalde. Con la premisa de que los problemas complejos no admiten soluciones fáciles. Con la premisa de que esta es una patología con una alta prevalencia y con un alto índice de fracaso terapéutico. Sabiendo que el trayecto entre los usos problemáticos de drogas, las disfunciones familiares y la exclusión social se recorre por avenidas que se transitan en ambos sentidos. Tal vez en lugar de exorcizar al demonio, tal vez en lugar de extirpar, en lugar de sacar, deberíamos preguntarnos qué hay que poner.

Tal vez en lugar de exorcizar al demonio, tal vez en lugar de extirpar, en lugar de sacar, deberíamos preguntarnos qué hay que poner.

En lugar de encapsular el problema, de aislarlo, de sacárnoslo de delante de los ojos, tal vez tenemos que abrir los ojos e indagar cuánto análisis se necesita. Cuánta acción promocional. Cuanto aporte técnico multidisciplinario. Cuánto trabajo intersectorial. Cuánto compromiso. Y cuánta inteligencia. Y por eso convocamos a quienes hoy nos acompañan y jerarquizan esta actividad. Porque queremos sumar el trabajo y los aprendizajes. Porque además de continuar desarrollando un trabajo que por lo menos permita mitigar esas situaciones desbordantes, desgarrantes y angustiantes para los consumidores problemáticos y para su entorno familiar y social más próximo, además, no estamos dispuestos a despreciar los saberes de la academia. Y por eso convocamos a quienes hoy nos acompañan y jerarquizan esta actividad. Para que permanentemente repensemos todos, sin prejuicios, nuestra percepción del tema. O, mejor dicho, de los temas. De las drogas, de las prohibiciones y de las desprohibiciones, de la toxicidad de las sustancias y de la toxicidad de nuestra manera de relacionarnos con las sustancias. Y de nuestra manera de relacionarnos con muchas otras cosas, con las que también podemos generar vínculos tóxicos.

PONENCIAS

ESPAÑA

Dr. Bartolomé Pérez Gálvez

MÉDICO PSIQUIATRA. CINCO MASTERS UNIVERSITARIOS EN RELACIÓN A ADICCIONES Y SALUD MENTAL. DIRECTOR DE LA UNIDAD DE ALCOHOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ESPAÑA.

Quiero agradecer la invitación de poder estar otra vez compartiendo con compañeros de Uruguay esta temática. Y antes de nada celebrar las preguntas que se han elegido, que bajo mi experiencia ya un tanto extensa considero que son muy apropiadas. Presentarme previamente. ¿Qué hace un español en esta situación? ¿Quién es Bartolomé Pérez? Yo llevo ya una experiencia de 30 años, empecé por ONG, he estado en la clínica como psiquiatra, que es lo sigue siendo, profesor de psiquiatría. Y quizás lo que también puedo aportar de forma importante es la experiencia de diez años como Director General de drogas en mi comunidad, la Comunidad Valenciana, en donde tuve la maravillosa experiencia de predicar lo que al final siempre intento predicar, que es integrar el asistencia sanitaria al drogodependiente dentro del sistema sanitario público. Por eso decía que las preguntas me gustan, especialmente empezaremos con la primera. Yo quería hacer una serie de reflexiones precisamente para luego comentar y discutir. ¿Hay un solo camino para el tratamiento problemático de sustancias? Bueno, entiendo que la pregunta ya lleva su respuesta y evidentemente es no. Pero yo quisiera, como decía, hacer algunas reflexiones. En primer lugar plantearnos por qué vamos a llegar al no. En primer lugar porque la necesidad del tratamiento exige que sea integral e integrado. Cuando decimos integral e integrado, que son palabras muy bonitas, como disciplinar, interdisciplinar, todas esas palabras que nos encantan tanto a los que hemos sido políticos en esta materia. ¿La realidad cuál es? Integral en el sentido que no podemos abordar jamás las drogodependencias, o el problema de la persona en concreto, como un asunto biológico o psicológico o social, debemos abordar las tres áreas, pero integrado también, en tanto y cuanto, lo que no podemos es ofrecer un tratamiento donde en un tiempo se atienda lo biológico, luego lo psicológico y luego lo social. Por tanto es un problema integral, pero que exige una respuesta integrada al mismo tiempo. Segundo aspecto importante para llegar a la conclusión de que no hay un sólo camino. Recuerden los niveles de tratamiento, creo que ese es un error que se comete en todo el mundo. Me gusta mucho la intervención del Dr. Radío, y una cosa que luego volveré a insistir, hablar que son patologías y efectivamente como patologías debemos atenderlas exactamente igual que otras enfermedades. El nivel primario es donde tiene que estar el nivel especializado y el nivel tercia-

rio. Por tanto, recordemos los niveles de tratamiento que, en este caso, la CICAD[6], por ejemplo, viene preconizando desde hace varios años. Vamos a tener tratamientos distintos porque vamos a tener niveles distintos de tratamiento. Algo importante, y que lo he vivido en la reforma de la RED debo decirlo. Adaptemos la oferta a la demanda. Esto es algo muy importante. Hablaba el Dr. Radío también, y estoy plenamente de acuerdo con él, no es que Uruguay sea tierra de predicadores, entre otras cosas que ha dicho, en drogas todo el mundo predica, todo el mundo dice sus opiniones y lo lamentable es que no estamos adaptando la oferta que damos a la demanda que tiene la gente. Dicho de otro modo, trabajamos con modelos antiguos intentando mantener esos modelos, cuando posiblemente las necesidades del usuario, paciente, sean totalmente distintas. Finalmente todo ello es un continuum terapéutico, si tenemos que atender integralmente e integradamente a las personas con problemas de drogas, debe ser continuado. Por tanto, no hay un solo camino, sino hay una orden de caminos dependiendo de las necesidades de cada persona. Segunda pregunta ¿Qué evidencias existen acerca de la efectividad? Antes de hablar si existen evidencias tenemos que pensar ciertos contextos, contextualizar. Hay deficiencias cuantitativas en evaluación de recursos. Dicho de otro modo, hay pocos estudios realizados, pero hay muchos, si entendemos por muchos decenas, pero realmente todavía falta evidencia. Hay errores cualitativos muy importantes en los estudios, hay sesgos de homogeneidad de recursos, por ejemplo, vamos a evaluar si es efectivo el tratamiento ambulatorio. Y consideramos por tratamiento ambulatorio igual el que da un recurso o brinda un tratamiento con mucho profesional y el que no lo tiene. No podemos poner igual un centro con el otro. Hay problemas de sesgo de los beneficiarios, evidentemente si una muestra está sesgada, porque tiene más comorbilidad psiquiátrica, dará peor resultados que en la otra. Por lo tanto los recursos no son tan fácilmente evaluables a efecto de evidencia, a no ser que homogeneizemos más las muestras, el tipo de recursos y la propensión de las personas y de las Instituciones a elegir un recurso u otro. Hay buenos estudios de eficacia individuales, hay terapias que no hay duda que tienen una evidencia científica sobradamente contrastada: la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias. Pero en cambio en los estudios comparativos ya hay fallos, ahí faltan algunos estudios. Hay una importante variabilidad de resultados. Si recurrimos a revisiones sistemáticas o al meta análisis vemos que siempre hay variabilidad, no hay una congruencia o una consistencia, perdón, de los resultados, porque hay mucha variabilidad de cada estudio individual. Yo creo que, independientemente de afirmar claramente que existe

Trabajamos con modelos antiguos intentando mantener esos modelos, cuando posiblemente las necesidades del usuario, paciente, sean totalmente distintas.

6 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, OEA.

evidencia de la efectividad de técnicas concretas no de tipo de recursos, lo que habrá que plantearse es si la cuestión es encontrar los mejores o los más adecuados a cada momento y cada tipo de paciente. Tercera y muy interesante pregunta: ¿Qué lugar ocupan los episodios de consumo, las caídas y recaídas en el proceso terapéutico? Partamos de dos conceptos que también tenemos que poner encima de la mesa antes de responder. El concepto de enfermedad crónica y recidivante. Si la enfermedad es crónica y recidivante es lógico esperar que tendremos recaídas. Es algo que a mis alumnos me gusta mucho incidirles, comparemos siempre las adicciones a las drogas con la hipertensión, con el asma o con cualquier otra patología crónica. Si una persona tiene cinco días con valores elevados de tensión a lo largo de un año, si preguntamos, nos dirán que la evolución ha sido buena, ha tenido sólo cinco días malos. Si una persona adicta consume cinco días a lo largo de un año, lo habitual es que digan que es un fracaso, es exactamente lo mismo, la persona con hipertensión tendrá caídas y la persona que consume drogas también tendrá caídas y la evolución no tiene por que ser negativa. Diferenciemos también lo que es caída en el consumo, de lo que es recaída, volver al patrón problemático de consumo. Son aspectos importantes. Por supuesto que las caídas y las recaídas son parte del proceso terapéutico, hasta el extremo que significa una ventana de oportunidad en el tratamiento, aporta un material muy bueno en la psicoterapia, podemos estar viendo cuales son, generalmente, los factores de riesgo que no se han trabajado adecuadamente o que todavía están pendientes de poderse afrontar de forma más correcta. La internación o el internamiento es un aspecto problemático en materia de tratamiento. Nos preguntamos ¿Para qué internar y dónde? Porque por internación yo puedo entender un ingreso hospitalario para desintoxicar, caso de alcohol, caso de heroína, en menor medida de cocaína y marihuana, para afrontar el cuadro de intoxicación y el síndrome de abstinencia, pero también puedo entender como internación un ingreso rehabilitador en comunidad terapéutica. Es aconsejable que distingamos los dos conceptos. Un internamiento para desintoxicación de heroína se puede hacer en tres o cinco días como mucho, y en alcohol siete a diez días, o un ingreso para internar con el fin de mantener un tiempo largo de rehabilitación como es una comunidad terapéutica, esa primera diferencia. Por tanto, según de que estemos hablando en cuanto a internamiento, hablaríamos de un internamiento, insisto, agudo hospitalario y un internamiento rehabilitador comunidad terapéutico, son criterios distintos evidentemente. La Comu-

> Yo creo que, independientemente de afirmar claramente que existe evidencia de la efectividad de técnicas concretas no de tipo de recursos, lo que habrá que plantearse es si la cuestión es encontrar los mejores o los más adecuados para cada momento y cada tipo de paciente.

nidad Valenciana, en la que me encuentro, que equipara a algunos países por volumen, 5.000.000 de habitantes, tenemos un sistema sanitario público que tiene integrada atención a drogodependientes, yo trabajo en una unidad de este tipo. Atendemos anualmente a 12.000 – 14.000 índice de tratamientos. Apenas el 5% de los pacientes drogodependientes en mi comunidad precisan un ingreso en un hospital para desintoxicarse y apenas un 5%, como mucho un 10% en comunidad terapéutica. Estos datos evidentemente son, porque hay una RED de casi cuarenta unidades ambulatorias potentes. ¿Qué pacientes enviamos a cada caso? Yo no voy a remitir a desintoxicar a un hospital con el costo que significa y el problema que significa para el paciente, a una persona que no tenga un riesgo añadido. Por ejemplo: jamás enviaría a desintoxicación a quien no tenga o se espere una complicación orgánica en la desintoxicación o que tenga un episodio psicótico. En una comunidad terapéutica yo no voy a quitar la plaza a quien de verdad le hace falta, enviando a una persona que simplemente va pues por estar allí más tiempo. Enviaré los casos que necesitan aislamiento de su hábitat habitual y necesita estabilizar la abstinencia durante meses. Por lo tanto los criterios de internamiento en hospital para desintoxicar son cuando la persona tiene complicaciones previsibles, porque tiene una historia clínica compleja y el rehabilitador, en comunidad terapéutica, ve que la persona necesita estar alejada de su hábitat durante unos meses. Cierto es que hay otros criterios extensos, pongo entre comillas. Ahora en Navidad es normal que veamos personas que pueden tener algunos problemas familiares y aunque no sea un criterio de ingreso hospitalario se puede hacer o para personas que han fracasado a nivel ambulatorio y que hace falta una contención, aunque no haya una necesidad médica orgánica claramente. Esos son los criterios con los que solemos manejarnos. Voy concluyendo incluyendo unos aspectos que yo quería añadir a las cuatro oportunas preguntas que encontraba. Yo se que es un tema complicado, es un tema conflictivo y de hecho se ha comentado en la presentación de la jornada y es que tenemos que plantearnos cual es nuestra postura clara respecto a la voluntariedad de los tratamientos, a los tratamientos obligatorios y a los cuasi obligatorios. Clínicamente creo que no debemos olvidar que de poco sirve obligar a una persona a tratamiento. Si una persona hace algo contra su voluntad, evidentemente el fracaso del tratamiento es prácticamente seguro. Por tanto estas posturas que a veces se oyen de obligar porque si, a una persona mayor de edad con sus derechos, además, a iniciar un tratamiento, creo que debe ser revisado. Cualquier profesional que trabaje bajo una perspectiva motivacional es muy consciente de que lo que tendremos que hacer en ese caso es trabajar la motivación, pero por supuesto evitar un internamiento, por poner un ejemplo, en una comunidad terapéutica. Claro que hay que trabajar, deben seguir un tratamiento a nivel ambulatorio con ese fin de motivación, pero no un tratamiento con el fin de ingresar en un centro residencial. Los tratamientos cuasi obligatorios que entiendo por ellos, donde hay una contraprestación de algún modo. Si usted va a tratamiento, usted va a recibir algo, por ejemplo, se le quita la pena judicial. Esos tratamientos yo creo que si son evidentemente de justicia, pero los tratamientos en situaciones normales deben ser voluntarios, exceptuando, por supuesto, aquellos que se justifiquen por causa psiquiátrica mayor, como puede ser un brote psicótico. Otro aspecto que yo creo es muy importante es que no caigamos en el error de introducir en el mismo paquete adictos y consumidores de drogas. El caso de la marihuana, yo creo que es es-

pecialmente importante. No podemos saturar los centros de tratamientos de personas por el mero hecho de consumir. Otra cosa es que el consumo se convierta en problemático o que haya un patrón de adicción claramente. He visto países donde no se atiende a un alcohólico con una dependencia de alcohol importante, con delirium tremens o cirrosis y en cambio se atiende a una persona porque se fuma un cigarrillo de marihuana. Creo que debemos ser muy estrictos en los criterios diagnósticos a la entrada de los pacientes. Otra cosa distinta es que realicemos una intervención precoz, paralelamente, a este tipo de consumidores. Tengamos cuidado, creo que también se ha comentado en la introducción a la jornada, con el riesgo reduccionista y también lo he comentado al principio. Como decimos en la canción se hace la boca agua, al hablar de multidisciplinar, inter tal, pero luego acabamos siendo biologicistas, psicologisistas o con una perspectiva exclusivamente social. Yo recuerdo de mi maestro, cuando empecé a formarme en psiquiatría que me decía: "mire, venimos de una época psicologisista, estamos en una época social y queremos una época biologicista, preocúpense ustedes de las tres cosas, si no, no sea psiquiatra. Creo que esto es importante, en el campo de las drogas. Cuidado, porque cuando oigo discursos exclusivamente psicológicos: MALO; cuando oigo discurso de que el problema de las drogas es un tema social, como si sólo lo fuera: MALO y cuando vienen los laboratorios a tocar la puerta y quieren solamente fármacos: MALO. Debemos seguir luchando por tener ese enfoque triple. Pero triple cada uno de nosotros, no solamente los profesionales sociales en lo social, los psicológicos en lo psicológico y los biológicos en lo biológico. Sino que todos tengamos esa visión triple. Finalmente quiero concluir. Yo hace años que vengo predicando, a veces en el desierto. Pero tengo la impresión que Uruguay precisamente, y tengo una impresión fundada en datos, no es en el desierto lo que voy a decir. Y menos por lo que he podido entender que había por debajo de la intervención del Dr. Radío, creo que tenemos, no que luchar por la equidad asistencial, sino exigir la equidad asistencial. Efectivamente son patologías. Si son patologías debemos atenderlas exactamente igual que otro tipo de enfermos. No es congruente, no es humano, no es legal, no es ético, no es lo que ustedes quieran, que una persona por tener un problema de alcohol o con otro tipo de drogas no sea atendido en las mismas condiciones que se atiende si es hipertenso. Es el A+B de las políticas de drogas bajo mi punto de vista. Si no conseguimos integrar la asistencia sanitaria drogodependiente con esa visión que decía triple, multidisciplinar, dentro del sistema de salud, difícilmente avanzaremos en esta materia y sobretodo seguiremos estigmatizando, porque nada peor hay, para estigmatizar a una persona, que excluirle de los derechos que tiene en su condición de enfermo. Por mi parte concluyo y estaré encantado de debatir con ustedes. Muchísimas gracias.

> Los tratamientos en situaciones normales deben ser voluntarios, exceptuando, por supuesto, aquellos que se justifiquen por causa psiquiátrica mayor, como puede ser un brote psicótico.

URUGUAY

Prof. Dra. Amalia Laborde García

MÉDICA, ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA. PROFESORA MÉDICA, ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA. PROFESORA TITULAR GRADO 5, DIRECTORA DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR. CENTRO COLABORADOR DE OPS-OMS EN TOXICOLOGÍA AMBIENTAL HUMANA. MIEMBRO DEL COMITÉ ACADÉMICO DEL DIPLOMA SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS, REGULACIÓN Y CONTROL, ESPACIO INTERDISCIPLINARIO, UDELAR.

Buenos días a todos y a todas. Muchas gracias por invitarnos a participar en este foro - debate sobre uso problemático de drogas. Mi presentación está guiada por estas cuatro preguntas que nos enviaron y nos permitieron, de alguna manera, detenernos a reflexionar a partir de ellas, desde una mirada particular que es la mirada desde una atención en un hospital general en donde nuestro vínculo asistencial con los usuarios de sustancias psicoactivas es mucho más desde la oportunidad de acompañar un proceso terapéutico que desde la voluntad manifiesta de abandonar el consumo. Cuando reflexionamos, y en ese sentido agradezco mucho la presentación del doctor Pérez Gálvez, porque realmente estableció un marco conceptual con el que estamos en total sintonía y que, de alguna manera, guía nuestro propósito de trabajo en el hospital. Cuando hablamos de cuáles son las modalidades o intervenciones de tratamiento para estas personas usuarias de drogas, o usuarios problemáticos, o personas que tienen trastornos por el uso de esas sustancias, en realidad hay múltiples clasificaciones sobre esas modalidades terapéuticas que a su vez se dividen en una rama de técnicas o abordajes específicos pero que están en el entorno de, obviamente, del abordaje psico-social básicamente como un enorme pilar y también otros abordajes como el farmacológico, etc. En esta publicación de la Organización Mundial de la Salud de Naciones Unidas (OMS), establece esta clasificación que simplemente la traje porque tiene los cuatro aspectos fundamentales, el abordaje comunitario, los tratamientos ambulatorios, los tratamientos de internación de corto plazo y los tratamientos de internación a largo plazo. En realidad, como ya se mencionó, no tenemos certezas, tenemos muchas más incertidumbres que certezas sobre cuáles son los tratamientos de mayor efectividad. Y seguramente esa incertidumbre vaya a recorrer un largo camino antes de que tenga alguna respuesta, porque justamente como se mencionó, no hay dos personas que tengan exactamente el mismo problema, que consuman la misma sustancia o las mismas sustancias y que tengan

trayectorias tan similares como para que podamos encontrar respuestas que no sean aquellas que estén enfocadas en la persona y su problema de salud. Las modalidades terapéuticas combinadas las que tienen una interacción multidisciplinaria, el enfoque cognitivo - conductual, el involucramiento de allegados y algunas intervenciones farmacológicas, han mostrado tener mejores resultados que otras. Pero estos estudios, alguno de los que menciono aquí, son estudios de revisiones narrativas o revisiones sistemáticas que abordan entre cincuenta, sesenta, trabajos que evalúan efectividad, pero en realidad hay una enorme variabilidad de ambientes de consumo y también de tipo de sustancia. Y en estos trabajos es interesante que, quizás porque provienen de otras partes del mundo, tienen una mirada muy ligada a la epidemiología de otros países, por ejemplo sistemáticamente encontramos estudios sobre el consumo de opiáceos que en nuestro país, y en una reciente investigación realizada en el Hospital de Clínicas, muestra que es un tema más limitado en comparación con lo que es el uso de alcohol y cocaína. Y por otro lado también reflexionamos y entendemos, con una mirada autocrítica, que no tenemos indicadores definidos, consensuados, y tenemos pocas herramientas, o hemos utilizado pocas herramientas para evaluar efectividad. Hay también algunas revisiones sistematizadas que muestran la gran variabilidad de instrumentos que se utilizan para medir esta eficacia y por lo tanto parece necesario que a nivel nacional tengamos que ponernos a trabajar también en ese aspecto, de desarrollar, adaptar, consensuar indicadores e instrumentos para medir esa eficacia. De esa manera también nos permitiría no sólo revisar nuestras prácticas, sino también nos permitiría explorar nuevas metodologías. Me animo a comentar que en este año de pandemia en el que todos hemos visto desde una ventana diferente nuestra vida y nuestro trabajo, también aprendimos la posibilidad de hacer acompañamiento terapéutico, incluso telemedicina. Y entonces uno piensa que para explorar estas nuevas tecnologías y estas nuevas metodologías en algunos de los aspectos de tratamiento o de los abordajes en uso de drogas podría ser analizado siempre y cuando pudiéramos tener definido previamente esas herramientas y esos indicadores. Cuando se considera necesaria la internación en los tratamientos, en realidad solamente tengo una lectura de algunos aspectos. Unos basados en esta misma publicación de OMS en la que plantea que los servicios de tratamiento residencial o a largo plazo, de internación a largo plazo, están restringidos a un grupo de personas usuarios de dro-

Las modalidades terapéuticas combinadas las que tienen una interacción multidisciplinaria, el enfoque cognitivo-conductual, el involucramiento de allegados y algunas intervenciones farmacológicas, han mostrado tener mejores resultados que otras.

gas problemáticos y ya con repercusiones, comorbilidades que no han mostrado respuesta, no han podido responder a tratamientos ambulatorios, tratamientos farmacológicos, etc. Pero también en esta reflexión nos vino a la mente que tenemos una nueva Ley de Salud Mental, en la que cuando hablamos de pacientes que tienen un trastorno por uso de sustancias que consideramos una patología del área de la salud mental, la hospitalización está considerada justamente como un recurso terapéutico de carácter restringido. Y creo que también ese es un tema que debemos seguir analizando. Entonces nosotros desde un hospital obviamente la palabra "internación" tiñe lo que hacemos. Pero quería presentarles someramente un programa de este hospital que nace en el 2011 y que está en pleno desarrollo que es el Programa de apoyo al usuario de drogas hospitalizado. Este programa surgió de alguna manera a partir de una demanda. Si. Fue la reacción a una demanda, a una situación de violencia generada dentro del equipo asistencial con un paciente usuario de drogas en ese momento, con una descompensación psiquiátrica en el que nosotros elaboramos en conjunto con la clínica psiquiátrica, con Psicología Médica, un programa de atención integral al usuario de drogas en ocasión de su internación por causa médica, quirúrgica, obstétrica, pero no necesariamente porque el paciente solicite la atención de su consumo, sino porque tiene una patología que requiere un proceso terapéutico y este programa acompaña ese proceso terapéutico y tiene como cometido que ese proceso pueda completarse y para eso se acuerda con el paciente una abstinencia que permita completar ese tratamiento pero no es un tratamiento de rehabilitación, ni siquiera de desintoxicación, aunque muchas veces la desintoxicación es un proceso inherente a ese proceso de cuidado del paciente para que pueda completar su tratamiento médico, quirúrgico, obstétrico. Por lo tanto comparte algunos principios con el paciente internado de corto plazo incluyendo la desintoxicación y de alguna manera fue inspirador de un proyecto basado en proyecto ERICA (Equipo de Respuesta Inmediata ante Crisis de Adicciones) que fue presentado en 2013 en la Junta Nacional de Drogas porque de alguna manera tenía estos puntos de contacto que permitieron también inspirar ese proyecto. El programa realiza el cuidado las veinticuatro horas de esa persona que consume drogas pero además requiere un proceso terapéutico y ese cuidado inicialmente es para justamente manejar y asistir las potenciales complicaciones de esa internación, que son el *craving*, el deseo compulsivo de consumir, el síndrome de abstinencia en algunos casos. Este

> El programa realiza el cuidado las veinticuatro horas de esa persona que consume drogas pero además requiere un proceso terapéutico y ese cuidado inicialmente es para justamente manejar y asistir las potenciales complicaciones de esa internación, que son el craving, el deseo compulsivo de consumir.

programa también es una oportunidad para la evaluación médica, psiquiátrica, psicológica, del daño crónico que ha causado este consumo y también de comprender que otras comorbilidades puede tener esta persona. El otro aspecto que es importante porque, sin duda, desde esta mirada, los aspectos toxicológicos son, para nosotros, relevantes de abordar en detalle, es justamente manejar como interactúa el consumo de las sustancias, que muchas veces la persona está todavía bajo los efectos aunque no sea una sobredosis, como interactúa con esos los medicamentos que se deben administrar para ese proceso terapéutico o los procedimientos requeridos como, por ejemplo, la anestesia, para cuidar justamente que no haya efectos adversos que sean prevenibles. Este programa tiene recursos humanos con competencias en medicina con: psiquiatría, toxicología, enfermería, psicología médica, trabajo social. Sin duda que es todavía un desafío generar este grupo como un equipo fuertemente articulado pero funciona con la articulación con que funciona un hospital general con cualquier otra patología. La atención a una población especial que es la mujer embarazada y la madre y el hijo el sector de ginecobstetricia y de neonatología que hay en el hospital universitario es también una riqueza de este programa porque no sólo da oportunidad de abstinencia para promover el proceso terapéutico que se está realizando para la madre, sino también para el niño, y también para lograr ese vínculo inicial y temprano entre la madre y el niño y poder lograr el inicio de la lactancia lo más precoz posible. Recientemente tuvimos una discusión, un ateneo, con neonatología, que nos decía la importancia que tiene poder recurrir a una atención con esa mirada de consumo de drogas a la madre para establecer ese vínculo afectivo con el niño y el vínculo de alimentación clave que es la lactancia. Finalmente simplemente cuidar al paciente en ese proceso terapéutico, como cuidamos cualquier otro paciente que ingresa al Hospital de Clínicas pero atendiendo a esas necesidades especiales que puede tener el consumidor en ocasión de su internación. Lo vemos como una oportunidad para establecer un vínculo de confianza con el equipo de salud y entre el equipo de salud y el usuario de drogas, un vínculo que sabemos a veces no es tan bueno como quisiéramos en donde hay mucho predominio de prejuicios, de rechazo, de temor al paciente consumidor, sobre todo el perfil de paciente consumidor de cocaína y pasta base de cocaína que genera aquella "puerta giratoria" que muchas veces hemos comentado desde el sistema asistencial. También lo vemos como una oportunidad para el apoyo psicosocial, que pueda convertir ese momento terapéutico, esa abstinencia, esa desintoxicación, que en algunos casos lo es, en un proceso de tratamiento y de rehabilitación, o al menos una ventana de oportunidad para encontrar esa contemplación de la persona, de pensar en abandonar el consumo o reducirlo. Les decía que el hospital tiene la riqueza de varios sectores con programas y capacitación de recursos humanos y atención clínica en el hospital. Quizás uno de los desafíos que tenga esta área sea consolidar un trabajo articulado mayor con esta mirada y también consolidar un trabajo más integral con la red de atención a drogas. Y para terminar, unos números. El hospital tiene el Centro de Toxicología, que está las veinticuatro horas del día, y que responde en el 93% de las consultas al sistema asistencial, no al público en general, en el abordaje de intoxicaciones de diversa naturaleza. En el año 2019 tuvimos 853 consultas de todo el Sistema Integrado de Salud por emergencias o eventos agudos asociados al consumo de sustancias. El Hospital de Clínicas atendió 114 pacientes en Emergencia. Los pacientes internados que fueron consulta-

dos a la Unidad Clínica de Toxicología y que forman parte de este programa fueron 226. Es decir que realmente aquí entendemos que hay una oportunidad muy importante para acercar al paciente el cuidado que necesita en ese momento y fortalecer las posibilidades de que contemple el tratamiento a largo plazo. Sólo 105 pacientes fueron vistos en Policlínica de Toxicología, menos de la mitad provienen de los pacientes que estuvieron internados, pero no sabemos si se logró mantener el vínculo con los equipos asistenciales en otros lugares de asistencia ambulatoria o comunitarios, porque no tenemos esa articulación para tener estos datos. Entonces para nosotros el tema de promover la inclusión del paciente que tiene problemas vinculados al uso de drogas en la asistencia general es un tema prioritario, porque entendemos que es un momento precioso para establecer ese vínculo y lo que sentimos como demanda, lo que sentimos que nos interpela es poder profundizar en esos aspectos y poder fortalecer esa ventana de oportunidad para generar esa inclusión y atender a estos usuarios de drogas en momentos de necesidad terapéutica como cualquier otro paciente.

URUGUAY

Dr. Fredy Da Silva Rodio

MÉDICO PSIQUIATRA, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR. ESPECIALISTA EN ADICCIONES, CONSULTOR TÉCNICO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL. EX PROFESOR TITULAR GRADO 5, CÁTEDRA DE PSICOPATOLOGÍA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UCU. PROFESOR UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO. EX COORDINADOR POSGRADO ESPECIALIZACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS, UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY (UCU). EX DIRECTOR Y FUNDADOR DE DOS CENTROS DE REHABILITACIÓN.

Tenía algunas cosas pensadas para decir, pero sobre la marcha las cambié totalmente. Así que voy a decir otras. Me gustó mucho, muy motivador uno de los discursos y me trajo algunas ideas. Antes de contestar las preguntas que están ahí que son difíciles de contestar, pero por lo menos de dar algunas ideas sobre esas preguntas motivadoras, disparadoras de la discusión, como decía, se me vinieron algunas cosas a la cabeza. Y antes me gustaría puntualizar dos elementos de nuestra realidad que hacen que se modifique como se contestan esas preguntas. Esos dos elementos son, primero, la disponibilidad. No hay ninguna duda de que en Uruguay ha aumentado, al igual que en todo el mundo, la disponibilidad de drogas. Las drogas siempre existieron desde que el hombre está en la tierra, estaban dibujados en los honguitos en las cuevas. Siempre existieron. Pero los fenómenos han ido cambiando y si no tenemos en cuenta eso, vamos a utilizar políticas que son anticuadas o que ya demostraron sus fracasos o que puedan haber sido muy exitosas pero en otra realidad. Recordemos por ejemplo la primera epidemia de la cocaína en los años 20, con la Coca Cola, con Freud defendiéndola, etc. La segunda epidemia de la cocaína, esa yo ya la llegué a vivir, fue la de los 80, que acá llegó en el 85, con un país que no estaba preparado para el manejo de drogas ilegales. La otra, epidemia entre comillas, la de la pasta base, la del 2000, tuvimos como dos años avisando que se venía y sabíamos lo que iba a pasar, que es lo que pasó. Invade y después queda acantonada en ciertos sectores marginales, los jóvenes, o algunos se mueren o algunos le toman mucho respeto, entonces, sigue pasos. Y bueno, y ahora tenemos la de la marihuana, la legislación, la regularización o como se la quiera llamar, hace que aumente la disponibilidad. Como sabemos, al aumentar la disponibilidad de algo, como se ha visto históricamente, o se puede ver incluso con los casinos, aumentó enormemente la consulta de ludópatas. ¿Por qué? Porque ahora hay casinos en todos lados, en los

shoppings, en 18 de Julio[7], aumenta la disponibilidad, aumenta el consumo y aumentan los problemas del consumo, incluida la adicción. Puede ser este caso de la ludopatía. Yo a mis alumnos a veces les pregunto:¿Por qué no hay adictos a la heroína en el Uruguay? Porque no hay heroína. Y ¿por que hubo adictos a la pasta base en el 2000 o ahora aumentan los adictos a la marihuana? Hay un trabajo que presentó el Dr. Fielitz hace un par de años en la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, muy interesante, en la cual mostraba como aumentaban las consultas de casos psiquiátricos de jóvenes, bastante normales, entre comillas, pero que aumentaban las consultas por cuadros agudos, delirantes, psicosis, etc. por depresiones, etc. Incluso basado en datos de la propia Secretaría Nacional de Drogas. Entonces ese contexto de aumento de disponibilidad hay que tenerlo en cuenta.

Y lo otro que hay que tener en cuenta para contestar las preguntas y ver lo que es el Uruguay en estos momentos, es el tema de la tolerancia. Es un fenómeno que no existía, creo que la mayoría de los que estamos acá que éramos jóvenes. Hay una tolerancia que parte desde el grupo de pertenencia de jóvenes, el grupo al cual él pertenece, con el cual se identifica. Como cuando los padres dicen ¿qué le pasó a este chiquilín? yo les pregunto: Dígame ¿su hijo se viste como usted o como se visten sus amigos? ¿Escucha la música que escucha usted o sus amigos? ¿Se usan los adornos...? Por lo tanto, ¿va a consumir lo que consume usted o lo que consumen los amigos? ¿Va tomar grapa miel como usted o tomar tequila o vodka como toman los amigos? Bueno, si los amigos fuman marihuana, si los amigos juegan al fútbol él no la va a agarrar con la mano en el área. Entonces esa pertenencia al grupo hoy día, además de la identificación con valores y con todas esas cosas, implica la tolerancia al consumo de marihuana, entre otras drogas. Esa tolerancia, si la seguimos agrandando en círculos concéntricos, las tenemos también en los padres, la tenemos en la sociedad y la tenemos en la legislación. Como decía, hay datos bastante claros de que la marihuana está causando algunos problemas y dentro de diez años vamos a encontrar los que encontraron en otras partes del mundo, en Nueva Zelanda, hicieron unos estudios muy interesantes, que es el deterioro provocado por la marihuana. Hay datos que muestran a 30 años, claro son muy largos, que empezaron a tomar en el año 72 y hace poco se mostró, que hay una disminución de hasta un 10% del coeficiente intelectual de los consumidores de marihuana,

Hay una tolerancia que parte desde el grupo de pertenencia de jóvenes, el grupo al cual él pertenece, con el cual se identifica. Como cuando los padres dicen ¿qué le pasó a este chiquilín? yo les pregunto: Dígame ¿su hijo se viste como usted o como se visten sus amigos?

7 Principal avenida céntrica de Montevideo.

frente a los no consumidores. Claro, vamos a ver dentro de 30 años, pero ya nos avisaron. El abandono escolar, etc. Todas esas cosas forman parte de ese contexto de tolerancia, de permisividad y de gran disponibilidad de drogas. Entonces es en ese contexto que hay que manejarse. Cuando uno plantea, por ejemplo, el tema del tratamiento - yo estoy trabajando en tratamiento de adictos desde hace 41 años-. Hace 41 años que estoy viendo adictos desde las 8 de la mañana a las 8 de la noche, cuando me fui de la Española[8]. En la Española, una mutualista, estuve poco tiempo y cuando me fui había abierto 3100 historias de adictos en el servicio. No sé cuántos habré visto en otro lado. Pero las respuestas a tratamientos que se planteaban aquí para mí son bastante claras. Si reconocemos que la causa es multifactorial, que hay aspectos vinculados a las drogas. Que ha drogas más adictivas, menos adictivas, legales, ilegales. Que hay cosas vinculadas a la personalidad del consumidor, inmadurez, la baja tolerancia a las frustraciones, incluso el mecanismo de huída. Hay elementos familiares, padre ausente porque no estaba o no cumplía el rol, madre sobreinvolucrada o deprimida, discusión entre hermanos. El mayor es el exitoso, el perfecto. El más chico es que trae el dinero a la casa. El del medio, mi paciente. Es decir, si uno empieza a ver los temas familiares, los temas culturales, sociales, grupos de pertenencia, legislación. Y el fenómeno geopolítico: países del norte, al norte del Ecuador, digamos, poderosos, que producen ideas, industrializados, compran la droga. Los países al sur del Ecuador, países en vías de desarrollo, dicen desde que yo soy chico, producimos materias primas, carne, soja, marihuana y cocaína. O sea que se va desde factores psicológicos, del joven, o de la persona, pasando por factores biológicos, familiares, sociales, culturales, de grupo. Entonces. ¿Cómo pretendo yo encarar un tratamiento? Tiene que ser integral, tengo que cubrir todos estos factores, para eso necesito un equipo, yo no puedo saber todo. Lo primero que hace posible un tratamiento exitoso es que haya un equipo. Si no hay un equipo, perdemos antes de empezar. Las recaídas. ¿Qué pasa con la recaída? Los colegas mostraban que las recaídas es parte del proceso. El proceso terapéutico implica la recaída. Casi siempre aparece una recaída. ¿Qué recaída? La recaída en el consumo o lo que se llama la recaída en la actitud, que a veces son comportamientos del adicto que no llega a consumir pero que recae. O el cambio de drogas, de sustacias, de adicción. Pasan a la comida, las anorexias pasan al alcoholismo, los adictos al trabajo al..., etc., no me quiero extender. Entonces la recaída es parte del proceso, pero necesito un equipo para manejarla. No puedo proponer un tratamiento médico exclusivamente, o social o plantear que la revolución va a resolver esto o que una legislación puede resolverlo. Legislo la marihuana y entonces se va a resolver el narcotráfico, nos vendieron ese verso. Me acuerdo que yo decía: "si, traemos Garotos[9] baratos, regalamos Garotos en la feria y terminamos con el contrabando", es ridículo. Entonces, necesito un equipo. Si tiene que estar el legislador, también tiene que estar el médico, el psiquiatra, el psicólogo, los operadores terapéuticos, tiene que haber gente que sepa manejar familia. En el Uruguay prácticamente no tenemos,, casi tera-

8 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, mutualista fundada en 1853.

9 Marca de golosinas de chocolate.

peutas familiares especializados en adicciones. Si no trabajo con la familia, ¿qué voy a hacer? Entonces la recaída es parte del proceso, el tratamiento no es único, yo he visto funcionar todos lo tratamientos, si les digo, tengo pacientes internados en Austria, Suiza, Estados Unidos, buenas comunidades terapéuticas en el Uruguay, en todos lados. Y han marchado bien y otros han marchado mal. Si me preguntan qué es lo que he visto que ha marchado mejor, es el grupito de alcohólicos anónimos de Paso Pache[10], muy modesto. La idea es que el que se agarra del tratamiento, cualquiera sea, se salva. El que se cae al agua en medio de una tormenta y consigue agarrarse de algo, se salva, de la adicción… todo lo otro es un gran tema. Porque hoy día más bien se tiende a considerar que la adicción es un síntoma de una serie de trastornos que están detrás. El consumo de drogas, de sustancias, también se insinuó algo en las conferencias previas, es el bastón del que tiene una fractura en la cadera. Le puedo cambiar el bastón, le puedo poner un bastón enchapado en oro o un bastón en palo de escoba, como decía estos grupos no profesionales y de autoayuda. O puedo ponerlo en la mejor clínica, le cambio el bastón. Si yo no corrijo la fractura en la cadera no va a poder caminar por la vida o va a caminar con mucha dificultad o va a caminar con la necesidad de otro bastón. Ahí aparecen las religiones o los piscofármacos. Entonces le sacamos la droga y le damos pastillitas, le damos el "manto de la esperanza"[11], cosas por el estilo. Estamos en la misma. Entonces ese tratamiento que implique tanto el bastón porque hay que desintoxicar, no hay duda, pero también implica trabajar sobre elementos más profundos, es sumamente complejo. No hay un tratamiento, todos pueden funcionar, todos pueden fallar, fracasar. Hay algunos ejemplos, algunas situaciones que se prestan para esa heterogeneidad o para ese abordaje más integral y es el tema de las comunidades terapéuticas. Claro, yo estaba en Izcali, es un centro para tratamiento de las adicciones de hace casi 30 años. ¿Qué nos permite? Nos permite tener un funcionamiento de tipo conductual o cognitivo - conductual en cuanto a las normas de la casa. Viene la mamá y dice "ahora mi hijo se hace la cama, nunca logré que se hiciera la cama". Hay que enseñarle a hacer la cama, porque la mamá no le enseño a hacer la cama ni

No hay un tratamiento, todos pueden funcionar, todos pueden fallar, fracasar. Hay algunos ejemplos, algunas situaciones que se prestan para esa heterogeneidad o para ese abordaje más integral y es el tema de las comunidades terapéuticas.

10 Localidad del departamento de Canelones, Uruguay.

11 Ejemplo del tipo de amuletos de fe que se ofrecen en algunas iglesias evangelistas.

a pelar una papa. Entonces se puede hacer modificación de conducta. Pero también pueden tener minigrupos de orientación psicoanalítica, también pueden hacer tai chi y pueden tener talleres de literatura, ahora están haciendo biodanza y yoga. Si no hay familia, si no hay referente, no atendemos al adicto. Sin un referente estamos gastando pólvora en chimango. Tiene que haber una referencia para cuando salga. Y marchan bien. El 80 % o más marchan bien, hasta que se llega a la etapa de reinserción social y laboral, ahí la cosa se complica. El problema no es la primera etapa de desintoxicación, se hace en salud pública, se hace en cualquier mutualista o hasta se puede hacer con una internación domiciliaria, en la casa. Desintoxicar, desintoxica cualquiera. No es esa segunda etapa de abstinencia, del síndrome de abstinencia, ahí está todo super estudiado, todos los mecanismos de apoyo. El síndrome de abstinencia se pasa. ¿Saben cuál es el síndrome de abstinencia más terrible? El tabaco. A los 10, 15 minutos aparece el deseo de consumir. El consumidor de cocaína puede esperar al sábado o e viernes de noche, puede posponer. El de alcohol dice "esta noche me tomo todo cuando salga de trabajar". El de tabaco no puede. Es una anécdota. Entonces tenemos la primera etapa de desintoxicación, que es muy médica, la segunda etapa del síndrome de abstinencia, de construcción y cuando llegamos a la reinserción familiar, tengo que haber trabajado con la familia, social, educativa. Ahí es donde los programas entran a fallar. En cuanto a los tratamientos todos sirven, todos fracasan. Cuanto más heterogeneidad y abordaje tengan, mejor. Por lo tanto las comunidades terapéuticas me parece que es el lugar donde se puede brindar todo eso, en un hospital es difícil, muy difícil y sin un contexto geográfico también es difícil. En cuanto a la internación, ahí yo soy muy médico. La internación es un acto médico. Por lo tanto el que tiene que asumir la responsabilidad, el que tiene que firmar es el médico. Ninguna mamá puede decidir si al nene lo operan de peritonitis o no, es un acto médico. Esto es una enfermedad. Ahora le llaman trastorno como la diabetes o la hipertensión, crónica, progresiva. Estoy en tiempo ¿no? Bueno, gracias.

URUGUAY

Mag. Leticia Aszkinas

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA Y MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. DOCENTE DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UDELAR.

Buenos días, celebro la oportunidad de estar en este foro. Porque si estamos acá es porque nada es evidente y esto me parece interesante; poder conversar o tener un espacio de intercambio sobre cuestiones que no son clarísimas y que no logramos, aún en el marco de la investigación científica y académica, depurar todos aquellos prejuicios. Eso quiere decir, que seguramente cada uno de nosotros habla apoyado en ciertas evidencias y, seguramente también en ciertos prejuicios, ¿no?; poder explicitar algunas potencialidades de estos espacios pero también algunas limitaciones. Uno va cambiando, por suerte, las presentaciones que tiene pensadas, en función de los acontecimientos que suceden. Y esto de venir después de Fredy Da Silva… también comentarles que hace muchos años hice la Especialización en la Universidad Católica y lo tuve como docente; vuelve a ser interesante cruzarnos en un espacio. En esto de pensar en los usos problemáticos, que fue parte de la convocatoria, me parece importante conceptualmente plantear, que la adicción es una de las posibilidades o, el nivel más grave de usos problemáticos. Pero existe la posibilidad de tener usos problemáticos que no tienen que ver, necesariamente, con una enfermedad o con una adicción. Claro que nos ayuda a veces a pensar de forma de trazo grueso, de caricatura; los niveles más graves a veces nos ayudan a visualizar o nos tensionan de un modo, que nos permiten pensar. Pero me parece importante que eso no inhiba identificar, algunos usos problemáticos que pueden ser ocasionales, que pueden ser experimentales, que pueden ser en un sujeto que consume una sustancia por primera vez y, esto no exime de que pueda haber algún nivel de complicación o de problematicidad, para irlo pensando juntos. Voy a compartir primero una frase de Haraway**,** que es una filósofa norteamericana que dice; "la pregunta real debe ser más virtuosa: ¿quiénes somos nosotros o nosotras?". Esta es una pregunta inherentemente más abierta, una pregunta que siempre está dispuesta a articulaciones contingentes, generadoras de fricción. Y esta forma parte del libro. "Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados, inapropiables".[12] Esto lo encontré en unos trabajos que estuve corrigiendo de estudiantes y me parecía interesante compartirlo, sobre todo

12 Haraway, Donna, University of California, Santa Cruz, 1999.

porque trae el componente de la contingencia. Nosotros no podemos pensar intervenciones o problemáticas o alcances de la problematicidad de los usos de drogas, sin pensar en los contextos; contextos familiares, sociales, en las características de la persona. Me parece que hay algo que es contingente, que tiene que ver con si podemos contestar la pregunta sobre la eficacia, y también sobre si la internación es la única o la mejor posibilidad para pensar intervenciones terapéuticas. Depende de los contextos, depende de las características de las personas; incluso vamos a encontrar personas que funcionan muy bien en dispositivos residenciales y otras que no, y esto me parece, tiene una variabilidad que hace que nuestro trabajo sea interesante y desafiante y también, con un margen de error o de reajuste importante. Cuando estaba este título del libro que me gustó tanto, "Las promesas de los monstruos", pensaba en como abrió hoy el Secretario Nacional de Drogas, pensando esto de que hay que extirpar. A veces aparece esta fantasía de exorcismo, esta cuestión de que si alguien pasa por un determinado dispositivo, entonces este problema se termina, se resuelve. Bueno… a veces se resuelve efectivamente, a veces se resuelve transitoriamente, a veces se resuelve en el plano de los matices. Vamos a ir transitando cierto tipo de respuesta, con cierto tipo de efectos, pero no siempre el punto es la resolución y esto se acabó de una vez y para siempre. Las personas tropezamos más de una vez con la misma piedra, algo bien importante es, enamorarnos o abrazarnos de esa piedra, poder tener tropiezos, poder levantarnos y por momentos no tropezar más con dicha piedra. Para volver a temas conceptuales, esto tiene que ver con los usos de drogas. Y me parece bien interesante que aparece el plural; los plurales tienen que ver con abrir la variabilidad de posibilidades en relación a la vinculación con el uso de drogas, donde algunas son problemáticas y otras pueden ser no problemáticas. Y también abrir la pluralidad de las respuestas; las respuestas requieren ser diversas para problemas que nosotros pensamos de modo complejo. Cuando algo es multicausal la respuesta debe atender, en varios niveles, a las complejidades y a los componentes que se presenten. ¿Y cómo las debe atender? De forma articulada, porque si no, tengo una Frankenstein, avanzo en algunas dimensiones y en otras me quedo atrás y, esto retrasa toda posibilidad de salida. Entonces necesito que las respuestas que brindamos hagan sinergia entre si. Me parecía importante compartir con ustedes, algunas recomendaciones que realiza el NIDA (2018)[13]; que no hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Y acá empezamos a contestar, si hay una única modalidad de tratamiento. Como saber cuando estamos frente a

Nosotros no podemos pensar intervenciones o problemáticas o alcances de la problematicidad de los usos de drogas, sin pensar en los contextos; contextos familiares, sociales, en las características de la persona.

13 National Institute of Drug Abuse, EE.UU.

una persona, cuál es la modalidad adecuada. Es un criterio técnico y hay una evaluación ahí; si es interdisciplinaria y en colectivo mejor. Porque la respuesta plural también tiene que ver con pensarla con otros, discutirla con otros e ineludiblemente, debe implicar a la familia o al contexto cotidiano y cercano de las personas. Las personas somos seres gregarios y necesitamos de nuestros otros, para poder transitar procesos de cambio. Cuando nosotros nos preguntamos por la eficacia, yo pensaba… la eficacia tiene que ver con el ser oportunos, con llegar a tiempo, ¿Qué tensión transitamos quienes generamos abordajes clínicos para personas que tienen consumos problemáticos de drogas? Esta cuestión de no responder exactamente a la inmediatez; esta cuestión de atiéndame ya, denme ya la respuesta. Entonces uno dice: "vamos a pensar, vamos a organizar, vamos a valorar opciones". Nosotros ahí necesitamos ganar cierto tiempo para establecer, lo que Ulloa[14] denomina "la estructura de demora". Una cierta posibilidad de demorarnos, para pensar, para armar, para ir también probando, modificando o valorando las posibilidades. Pero también es importante tener un tiempo de respuesta razonable, que al otro le permita sentirse escuchado, contemplado y atendido en sus necesidades. Porque cuando la consulta es en agudo y con mucha ansiedad, que la respuesta se dilate en el tiempo, hace que se pierda la posibilidad de la confianza en la alianza terapéutica. Y ahí hay algo en lo que decía Fredy Da Silva, decía de "agarrarse del tratamiento". A mi me parece que aún no tenemos lo suficientemente estudiado el valor de la alianza terapéutica; cuando efectivamente con el dispositivo, con los técnicos, con las confianzas con las familias, con las posibilidades de ser honestos y plantear las complejidades que tiene, realmente esta alianza es un pilar, a la hora de implementar tratamientos.

Si nosotros tomábamos la recomendación del NIDA que decía, que no hay un único tratamiento apropiado para todas las personas, pensemos que quiere decir esto de "apropiado" o, cómo podemos pensar un tratamiento apropiado para alguna persona o para la persona que tenemos frente a nosotros consultando. Y tiene que ver con la disponibilidad de los tratamientos. Que los tratamientos estén disponibles en tiempo, forma, incluso en la variabilidad, es un componente sumamente importante; esto de la "ventana de oportunidad" a mi me parece que es clave para poder dar un tratamiento apropiado y también, para evitar posibles cronificaciones de situaciones. Pensaba en algún ejemplo. Hace unos años tenemos en Facultad de Psicología una práctica en el Portal Amarillo.[15] Este año no se implementó, pero hace unos años lo venimos implementado. Y el Portal tiene algo bien interesante en su respuesta, y es que cuando las personas van a consultar, en el mismo día se les da una serie de horarios en los que pueden asistir a grupos para realizar su consulta. Que no necesariamente es la mejor respuesta, es verdad. A veces se requieren entrevistas individuales, entrevistas familiares más que grupales, no es la panacea. Pero es bien interesante esto de acercarme a un servicio de salud y en el mismo día yo

14 Fernando Ulloa (1924 - 2009), médico, psicoanalista, uno de los fundadores de la carrera de psicología de la UBA, Buenos Aires, Argentina.

15 Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Nacional de Drogas, Uruguay.

puedo tener una cierta respuesta. Y esta posibilidad de que en el mismo día, cuando una persona toma contacto con la dificultad y recurre al servicio de salud y, que el servicio de salud pueda brindar una cierta respuesta, a mi me parece que es algo muy valioso; esto de cuánto dilatamos las respuestas. Nosotros también podemos tener una respuesta en el plazo de horas si uno consulta la puerta de emergencia, es otra posibilidad. Pero esta posibilidad de ir con mi padecer a consultar y encontrar esa cierta respuesta y disponibilidad, fortalece la alianza terapéutica. Ni que hablar, el poder identificar que esto es una dificultad sanitaria y, acá es bien importante la discriminación de la cuestión criminal. Si yo tengo miedo de decir que consumí, porque tengo miedo de que me condenen y que no me atiendan o, de tener problemas legales, es muy complicado o esto funciona como un obstáculo para la consulta sanitaria. Entonces, la posibilidad de hacer una consulta sanitaria, no ser condenado por ello y poder tener contacto con un profesional que me oriente. La orientación es una primera respuesta y es muy efectiva, incluso para anticipar algo del proceso que se puede dar, anticipar los tiempos, poder problematizar algunas cuestiones. El tratamiento eficaz abarca las diversas necesidades de las personas y no solamente el tema del abuso de drogas; esta es otra de las recomendaciones o de las advertencias que nos hace el NIDA. Esto es bien importante, porque la intervención en los usos problemáticos de drogas, requiere el trabajo de focalizar en la problemática pero al mismo tiempo, de abrir el foco y poder valorar otras dimensiones sobre las que debemos intervenir. Si no interveníamos en esas otras dimensiones, es muy difícil que efectivamente las modificaciones sobre el consumo de drogas se sostengan en el tiempo; porque la eficacia también se juega en la sostenibilidad de los logros alcanzados. Y acá tiene que ver con mi formación en la psicología sistémica; si no trabajamos con las familias difícilmente estos logros se vayan a sostener. Las familias necesitan ser orientadas; también necesitan ser contenidas y, hacer modificaciones de la dinámica cotidiana. Y entonces acá tenemos un estudio del 2010 que nos decía que la participación de los familiares, no solamente favorece el ingreso de las personas en el tratamiento, sino que aumenta las posibilidades de que obtenga mejores resultados.[16] Entonces, existiendo evidencia de ello, debiéramos -digo en general- incorporar esta pauta. Porque en ocasiones nos encontramos con familias, que uno dice con esta familia en particular funciona como la excepción a la regla o, pone en cuestión ciertas evidencias. Pero acá nuevamente los plurales, necesitamos de estos otros. Y esto de los tratamientos plurales y en gerundios tiene que ver con pensar los procesos; sobre todo para pensar esto de las caídas o las

> Las personas somos seres gregarios y necesitamos de nuestros otros, para poder transitar procesos de cambio.

16 Copello, A., Templeton, L y Powel, J., The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research, 2010.

recaídas; forman parte de los procesos y requieren nuevamente de cierta paciencia y, requieren cierta confianza también en los usuarios, en las familias y en las posibilidades de cambio. A veces no sale en la primera, a veces no sale en la segunda y a veces sale en una cuarta. Digo que también es nuestra ética profesional rigurosa, la que nos puede permitir generar esta confianza en los procesos, sin exigir que algunas dificultades se terminan por decreto. Porque entonces, ingresé a este dispositivo de tratamiento y, entonces después de acá nunca más me va a suceder esto, nunca más voy a tomar ciertas decisiones. Y en general no funciona así; los procesos de cambio tienen marchas y contramarchas y rara vez son en línea recta. También encontramos algunos caminos de cambio que son en línea recta; una persona tiene una dificultad y luego transita en línea recta hacia otro lugar y no vuelve a pasar por esa dificultad; esto también está en el abanico de respuestas posibles humanas. Preparando la jornada de hoy, me encontré con una investigación bien reciente, del año 2020, que trabaja las narrativas en los procesos de recuperación, desde una perspectiva familiar y, lo recomiendo, es bien interesante.[17] Planteaban que las narrativas en relación a los procesos de cambio, referían a narrativas discontinuas; eso quiere decir, con procesos de logros, con procesos de contramarchas o de cierto fracaso. Y estos procesos discontinuos, que a su vez no son siempre ascendentes, ni en línea recta, permitían pensar la recuperación desde cierta gradualidad. Y esto me parece que es bien importante, para correrlo del decreto; para poder nosotros anticipar cuando los cambios son graduales. Y esto nosotros lo sabemos también desde la psicología infantil. Cuando proponemos una adaptación para los niños pequeñitos, sabemos que, los cambios graduales y rodeados de palabra, son mejor tolerados por los seres humanos. Entonces poder rodear de palabras, y esto que a veces está tan denostado… y bueno…yo tuve una conversación, tuve una primera orientación, tuve una primera entrevista, pero en realidad no me dieron nada, no me internaron, no me ingresaron y no es así…. porque a veces esta primera respuesta es prestar palabras, es permitir anticipar, es permitir problematizar que decisión se va tomando y también, compartir esta responsabilidad con los técnicos. Poder llegar a acuerdos entre los usuarios, las familias y los técnicos es vital, para estos procesos de recupera-

A veces no sale en la primera, a veces no sale en la segunda y a veces sale en una cuarta. Digo que también es nuestra ética profesional rigurosa que nos puede permitir generar esta confianza en los procesos, sin exigir que algunas dificultades se terminan por decreto.

17 Almanza, M y Gómez San, L., Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. Salud colectiva, 16.

ción. Tener la articulación como clave; la articulación con la familia, la articulación con otras dimensiones de la vida -en mi experiencia clínica- también. Poder repensar en clave productiva laboral o académica, muchas veces funciona como un ordenador muy bueno, a la hora de poder sostener los logros que alcanzó una persona en el marco del tratamiento. Porque una vez que alguien ingresa a un tratamiento, que es un primer escalón y muchas veces tiene logros, ¿cuál es el desafío mayor?, ¿cómo sostiene esos logros alcanzados en el tiempo? Parte de la eficacia tal vez se juega allí. Y, ¿cuándo nosotros vamos a pensar un dispositivo de tratamiento residencial o cuándo lo proponemos? Todos los tratamientos brindan elementos de contención y de ordenamiento para el usuario y la familia. En ocasiones necesitamos reforzar esos componentes de contención, pasando a un tercer nivel de especialización o un tercer nivel de atención en salud; pero esto no es siempre la respuesta directa ni la más adecuada realmente y, esto requiere ser explicitado a las familias y a los usuarios. Vayamos calibrando algunos procesos de intervención que se hagan lo más sostenibles posibles y, lo más articulados posibles a la vida cotidiana del sujeto. Porque si no, ¿cuál es el riesgo muchas veces de las internaciones? Nosotros ingresamos a un dispositivo de internación, lo proponemos como una opción técnica y, ¿qué pasa después, cuando las personas salen de este dispositivo transitorio y además de carácter artificial? Muchas veces no logran sostener en la vida cotidiana los logros alcanzados allí. Hay algo en esta articulación, entre los aprendizajes en espacios de tratamiento, incluso en el centro diurno y la vida cotidiana, que requiere poner ciertos énfasis en cómo vamos caminando para allí. Y esto a veces pone en jaque la valoración de la internación. En algunos casos es bien necesaria y bien potente, pero en otros, requiere revisarla a la luz, con el diario del lunes, volver a revisar. Si nosotros a veces hacemos caminos paulatinos, un poco más despacio, pero más integrados y articulados con la vida cotidiana, permite una mayor sostenibilidad. Y esta pregunta: ¿Cuándo es pertinente recomendar una internación en un dispositivo residencial? Cuando tenemos que fortalecer la contención para la persona usuaria y su familia; cuando tenemos que generar una situación radicalmente distinta, romper efectivamente con la vida cotidiana, generar algo discontinuo que permita cuestionar y reapropiarse de otras herramientas. Esto es un punteo para compartir y pensar juntos. Muchas gracias.

> Todos los tratamientos brindan elementos de contención y de ordenamiento para el usuario y la familia.

URUGUAY

Mag. Liria Ortíz

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, UDELAR. LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE UPPSALA, SUECIA. ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUPERVISORA CLÍNICA, UNIVERSIDAD DE ESTOCOLMO, SUECIA. MÁSTER EN TERAPIA COGNITVA - CONDUCTUAL Y MÁSTER EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. ESCRITORA, CONFERENCISTA. ESPAÑA.

Para empezar, un abrazo enorme. Me siento tan contenta de hacer de cuenta que estoy en Uruguay. En esta época suelo estar en Uruguay, pero bueno, por el coronavirus estoy acá en Suecia en medio de la oscuridad y el frío. Así que quiero empezar por mandar muchos, muchos besos para ustedes. Lo otro. Yo me voy a centrar solamente en dos preguntas, porque la verdad diez minutos no me da. Si empezamos por la primera, yo estoy para nada de acuerdo en que cualquier tratamiento de resultado. Sino que, se ha demostrado que los tratamientos que no ponen el foco, el acento, en el problema del consumo, no dan resultado. Claro que lo que tiene que ver con los efectos del placebo, esto de que a pesar de que te dan una píldora roja o blanca y te dicen que son dos cosas diferentes, pero que una no tiene efecto, de todas maneras hay pacientes que dicen que han tenido resultado. Entonces claro, si les invitamos a los pacientes, a los usuarios, otras cosas, como por ejemplo la acupuntura para manejar el *craving*, bueno, algunos pacientes van a tener resultado con eso. Pero no está dicho que entonces dejen de consumir. Esto es mucho efecto placebo. Desde mi parte lo que veo es que se si se va a ofrecer variedad, tiene que ser una variedad que esté basada en la evidencia científica. No porque yo crea que esto dio resultado, y en mi paciente dio resultado, solo por eso poder seguirlo aplicando sin una evidencia científica. Lo otro que quisiera comentarles es que desde mi parte pienso que el tema del consumo problemático es un tema biopsicosocial y desearía agregar que, últimamente, es un problema económico también. Hay muchos pobres que viven de vender drogas. Muchas veces también consumen. Pero digamos que ahí hay un tema económico. Lo biológico, porque hay una parte genética y además en lo biológico y las medicinas que hay, ayudan cuando la persona comienza a desintoxicarse. Lo social, porque sabemos que en realidad hoy por hoy, no es tanto la familia lo que determina, sino muchas veces en los adolescentes son los amigos. Nosotros queremos que la familia sea tan importante, pero es una verdad con muchas modificaciones. Y después lo psicológico, porque seguramente les ha pasado a ustedes que antes, cuando un

paciente venía con un problema de consumo problemático y por ejemplo tenía depresión o psicosis, o alguna otra cosa, se decía: primero tiene que hacer esto y después lo otro. Ahora se han desarrollado modelos transdiagnóstico que dicen: bueno, se trata todo junto. Y con esto hay muchísima evidencia de que cuando se trata todo junto, se alcanza mucho, mucho mejor resultado. Otro componente es el tema de los familiares. Se sabe que cuando hay apoyo familiar, y con familia no pienso mamá, papá, niño. Pienso como familia en las personas que son cercanas al paciente, al usuario, y que le da un rol de familia. Porque tenemos que pensar que muchas veces en relaciones homosexuales, por ejemplo, las familias han tomado distancia. Y entonces la familia es otra familia, pero es igualmente familia. Lo otro es que, para el enfoque familiar, hay evidencia en un sistema que se llama CRAFT, Community Reinforcement Approach and Family Training. Este tiene evidencia de que muchas veces se les recomienda a los familiares que tomen distancia. Pero se sabe, por investigaciones, que el noventa y nueve por ciento no quieren tomar distancia. Son muy pocos los que quieren tomar distancia. Este enfoque ha puesto la mirada en lo que es, no en lo que se quisiéramos que fuera, y se ha visto: bueno, si el familiar quiere seguir teniendo contacto ¿cómo lo puede hacer? El otro punto que quería tomar, era el tema de qué lugar ocupan los episodios de consumo, caídas y recaídas en el proceso terapéutico. Yo he trabajado muchos años con prevención de recaídas. Pertenezco a la escuela vieja, donde le poníamos mucho enfoque al tema de cuando la persona recae, poner el enfoque en los en los factores de riesgo. ¿Qué había hecho que la persona recayera? Hay muchas investigaciones, ahora, que nos muestran que podemos poner el foco exactamente en lo contrario. Y esto a mi me da mucha alegría. Si la persona logró estar sin recaer, sin consumir, dos días, pongan también el acento ahí. ¿Qué fue lo que funcionó? Muchas veces el paciente dice: sucedió, nada más. Pero ahí está nuestra tarea de poner el acento ahí. Bien. Qué pasó esos días, cómo fue que pasó, qué fue lo que evitaste, qué fue lo que hiciste. Y eso también potencia el hecho, de alguna manera, de alimentar más, darle mucho más empoderamiento al "lo logré dos días". Por supuesto que el paciente, y nosotros mismos pensamos que dos días no es mucho. Es mucho para una persona que ha consumido y sobre todo si podemos ponerle el acento en qué fue lo que hiciste, cómo lo hiciste. La otra cosa que a mi me gustaría cambiar, es el concepto de caída y recaída. Porque en realidad, pensamos que lo que siempre hemos llamado caída y recaída es un proceso, es parte de la recuperación. Pero es algo que de alguna manera influye muchísimo en la autoestima del paciente o usuario. ¡Uy! Recaí. Entonces todo lo que he hecho es inútil, no sirve. Si en lugar de eso decimos, bueno,

Pienso como familia en las personas que son cercanas al paciente, al usuario, y que le da un rol de familia. Porque tenemos que pensar que muchas veces en relaciones homosexuales, por ejemplo, las familias han tomado distancia.

mira, vos tenés una meta, y para llegar ahí tenés un camino. En ese camino, vos vas a tomar pasos hacia adelante, pasos hacia atrás y pasos hacia el costado. Y eso es parte del proceso. Y entonces poder ver, conjuntamente, cuándo has tomado pasos adelante que te han llevado a lo que querías lograr, cuándo has tomado hacia atrás y cuándo hacia el costado. Porque entonces ahí, todo esto de la recaída y este sentimiento de que he fallado, desaparece y se lo incorpora a ese proceso. Y en ese proceso muchos pacientes reaccionan: uy claro, esto es una parte de, y a veces voy a tomar decisiones que me acercan y otras que me alejan. Da mucha alegría trabajar de esta manera también. Porque entonces el paciente, el usuario, puede ver: estás en camino, pero en el camino a veces caemos. Yo suelo poner el ejemplo de cuando uno aprende a andar en bicicleta. Al aprender nos caemos al principio, hasta que eso se incorpora. Y el tiempo que puede llevar, por supuesto, puede ser diferente. Si veo bien han pasado diez minutos, un millón de gracias porque me han invitado y poder compartir este momento con ustedes.

> Se sabe que cuando hay apoyo familiar, y con familia no pienso mamá, papá, niño. Pienso como familia en las personas que son cercanas al paciente, al usuario, y que le da un rol de familia.

URUGUAY

Prof. Dr. Juan E. Fernández Romar

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD Y MAGISTER EN PSICOLOGÍA SOCIAL. PROFESOR TITULAR GRADO 5 DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UDELAR. INTEGRA EL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES. DESDE 1993 INVESTIGA EL IMPACTO SOCIAL Y SIMBÓLICO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LOS USOS PROBLEMÁTICOS.

Buenos días. En primer lugar, quiero agradecer al Secretario General, Dr. Daniel Radío, y al resto del equipo organizador del evento, por haber confiado que eventualmente tengo algo interesante para compartir con ustedes desde este rol de comentarista. Agradezco también el formato, que es inusual; la posibilidad de interlocución y de generar diálogo e intercambio de ideas, sobre cuestiones muy centrales para las que fuimos convocados el día de hoy. Tomé algunas notas de lo ya dicho. Primero, pensar es cambiar de ideas. Si todos pudiéramos experimentar alguna transformación en las ideas, en los presupuestos desde los cuales partimos, desde este intercambio, sería todo un logro. Estoy experimentando aún, los ecos del discurso de Radío, que me pareció muy poético por las alusiones, me gustó mucho. Estoy tratando de procesar algunas de esas ideas. Con algunas concuerdo, con otras tengo alguna discrepancia parcial. En primer lugar, algo que me parece faltó considerar. Cuando hablamos de usuarios problemáticos, lo primero a pensar es, problemático para quien y, desde qué lugar nos paramos para considerar la problematicidad inherente a la situación que abordamos. Para el usuario, para la familia, para la sociedad. En estos días creo que todos hemos considerado o todos hemos sido afectados en mayor o menor medida, por algunas noticias muy virales que fueron, por un lado el fallecimiento de Maradona[18] y por otro lado, acá en el Río de la Plata, la carta que escribió Charly García[19]. Una carta póstuma, donde manifestaba su penar, su condolencia y, aparte, decía algo como yo te entiendo, porque yo experimenté a lo largo de mi vida, eso de estar sometido a una serie de psicólogos y psiquiatras que intentan cambiar tu modo de ser o tu modo de pensar. Tenemos razones fundadas para considerar en ambos casos, que han sido,

18 Diego Armando Maradona, jugador de fútbol argentino (1960 – 2020).

19 Músico y cantautor argentino (1951).

digamos, objeto de prácticas psiquiátricas y psicológicas prolongadas a lo largo de la vida. Tenemos razones suficientes para considerar paradojalmente, cualquiera de esos dos casos, como éxitos terapéuticos, porque se les dio, se les posibilitó una vida suficientemente extensa como para dejar, y en el caso de Charly sigue, dejar legados significativos. Pero por otro lado, también podríamos decir, bueno pero son vidas marcadas por los fracasos terapéuticos de determinados dispositivos clínicos, que intentaron modificar sustancialmente sus modos de ser, de estar en el mundo y no lo lograron. Y acá esto nos permite considerar dos elementos que me parecen esenciales en esta discusión. Una es el paternalismo estatal en cuestiones sanitarias; hasta dónde el Estado se puede arrogar el derecho de intervenir y, de intervenir utilizando recursos que Foucault llamaba como las tecnologías del yo; todas esas terapéuticas que me permiten en arreglo con fuerzas exteriores, con fuerzas clínicas, devenir otro diferente al que era en el momento de manifestar la demanda. El paternalismo estatal sigue siendo una cuestión irresoluble porque estamos en un problema complejo. Hablar de un problema complejo es hablar de problemas que podemos modular, que podemos actualizar regularmente. Pero no es el cubo Rubik, donde hay un algoritmo, que nos permite una solución definitiva del mismo y ordenar todos los elementos. Estamos frente a fenómenos que, comparto totalmente lo que decía el doctor Radío al principio, la etiopatogenia es parte del problema pero, no es el problema en sí mismo. Porque tal como los casos que mencionaba -Charly García, podríamos extenderlo también, Eduardo Mateo, las vanguardias artísticas- nos introduce en otro tema central, que es como la contracara del paternalismo estatal en estas cuestiones; es el problema de la heteronomía. ¿Qué quiere decir heteronomía? Bueno, es qué parte de mi autonomía estoy dispuesto a resignar por los demás, y tiene que ver con los heterocontroles, las normas, las reglas, las regulaciones. Tiene que ver también con algo que es irresoluble, pero que debemos entender en este tema, que uno de los fundadores de la razón moderna como fue Immanuel Kant hablaba; la heteronomía de la voluntad. O sea, qué pasa cuando alguna persona, alguno de nosotros, actuamos no ya respondiendo a la razón compartible y fundante del status quo, sino que respondemos en virtud de una heteronomía de la voluntad; una voluntad secuestrada por ciertos apetitos, ciertas pasiones, otros intereses. Esto nos lleva al tercer elemento que me parece fundamental, que es el tema de las funciones de utilidad que debemos reconocerle a las sustancias psicoactivas, que cambian de lugar. Que pueden empezar siendo una sustancia inscripta en una lista de sustancias super peligrosas, y que luego se le puede encontrar aplicaciones clínicas de otra índole, etc, etc, o al revés. Porque estamos en un

El paternalismo estatal sigue siendo una cuestión irresoluble porque estamos en un problema complejo. Hablar de un problema complejo es hablar de problemas que podemos modular, que podemos actualizar regularmente.

mundo, podríamos decir metafóricamente, drogodependiente. El status quo se cimenta actualmente, en el orden de las cosas, en el uso extenso de neurolépticos, ansiolíticos, antirecurrenciales y, también de sustancias en las que cimentamos las posibilidades de ocio y recreación, el alcohol, pastillas, etc. Las funciones de utilidad de las sustancias psicoactivas son enormes y es más, es una transformación antropológica. Porque nuestros intercambios, están basados en la posibilidad de una modulación rápida de nuestras emociones y de nuestra percepción. Hoy me levanté y tomé una taza de café. Dije, "hay que estar bien", es una sustancia psicoactiva también, con bastante potencial; la ilex paraguariensis -el mate- etc. O sea, los intercambios, la vida moderna, impone eso. También nos movemos en este campo, oscilamos, entre lo que es la moral y la evidencia científica. Muchas veces algo que es enunciado desde la evidencia científica, empezamos a escarbar epistemológicamente y, lo que subyace, es una voluntad moralizante, punitiva o de ortopedia social del otro, que se comporta de una manera distinta y, al cual a través de algún aparato técnico y de una serie de dispositivos, yo quiero transformar. Ojo, no estoy haciendo la apología de una distopía. Estoy planteando el tema de que nuestros modos de habitar el mundo son diferentes y, que anular por ejemplo el potencial o las funciones de utilidad de algo -que forma parte de las negatividades más habituales en el tema drogas, como por ejemplo los usos que le han dado los artistas a las sustancias- sería anular una parte importantísima de la experiencia humana. A pesar, de que muchos de ellos, hayan desarrollado por esta vía, comportamientos autolesivos o perjudiciales para los otros. No, no es una apología al laissez faire. Pero sí, es la consideración de la complejidad de la existencia humana.

> Las funciones de utilidad de las sustancias psicoactivas son enormes y es más, son una transformación antropológica.

URUGUAY

Dr. Pablo Fielitz

MÉDICO PSIQUIATRA. PROFESOR AGREGADO DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR. TERAPEUTA COGNITIVO – CONDUCTUAL. MAGISTER EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS, UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, BUENOS AIRES, ARGENTINA. MAGISTER EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS, UNIVERSIDAD DE DEUSTO, ESPAÑA. DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (UNITRA), HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR. DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y POBLACIONES VULNERABLES, ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE).

Buenos días a todos. En primer lugar agradecer al Secretario Dr. Daniel Radío y al equipo organizador de este foro, por invitarme a participar hoy acá con ustedes. Me encantó lo que planteó Radío. Aunque si poético, me gustó mucho su intervención. Creo que el tema es muy complejo, no admite miradas simples. Voy a plantear algunas de las cosas que escuché y trataré de dar también, alguna opinión personal. No hay duda que -como planteaba el Dr. Bartolomé Pérez- las adicciones son patologías crónicas y, deben ser vistas como tales. Y en ese sentido, yo creo que el cambio en los sistemas nosográficos, no fue bueno. Mientras la CIE10[20] sigue teniendo la diferencia entre el consumo perjudicial y la dependencia, el DSMV[21] aglomeró en una única categoría diagnóstica de trastornos por consumo, en distintos niveles de gravedad. Y eso implicaría conceptualmente, un continuum que no siempre es tal.

Yo creo que cuando voy a referirme a adicto, hablo esencialmente del dependiente de sustancias. Entonces creo, que cuando uno se plantea los objetivos de tratamiento de una persona adicta, el objetivo del tratamiento debiese ser, ayudar a esa persona a poder construir un proyecto de vida saludable. Para que ese proyecto de vida saludable prospere, es necesario que

20 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, OMS, Décima revisión.

21 Manual Estadístico de los Trastornos y Enfermedades Mentales, American Psichiatric Association, 5a. Edición.

abandone el consumo. Pero el abandono del consumo, no es el centro; es el otro el centro. Es necesario que deje de consumir la sustancia de la cual es dependiente y, también de otras que puedan facilitar el retomar el consumo; pero digamos desde esta mirada más integral. Entonces, yo creo -lo que decía recién Liria- que los tratamientos deben enfocarse, cuando la persona busca tratamiento, en el cese del consumo. Nosotros en el Hospital de Clínicas, en la UNITRA[22], planteamos que, para dejar de beber, hay que dejar de beber. No se deja de beber, bebiendo. Y yo creo que ese es un aspecto central de la gente que busca tratamiento. A veces, la idea de cuáles son las evidencias; se evalúan los resultados luego de los tratamientos, cuando el tratamiento terminó. Entonces veo, qué porcentaje de la gente que pasó por una comunidad terapéutica, a los cinco años mantiene el consumo o no, o a los diez años. Y son patologías crónicas. Nosotros no hacemos esos estudios con la hipertensión o con la diabetes. Entonces yo creo, que lo que ha planteado también la profesora Laborde, de la heterogeneidad de los estudios del impacto del tratamiento, es muy amplia. Creo que son cosas a tener en cuenta. Nosotros tenemos como país, todavía, problemas de accesibilidad a tratamiento para los usuarios problemáticos de sustancias. Lamentablemente, seguimos teniendo problemas de accesibilidad. Por más que la oferta de tratamiento, evidentemente por suerte aumentó, pero de alguna manera es el paciente más grave, el que tiene problemas de accesibilidad. El que no llega a las puertas de emergencia y, para los cuales no tenemos respuestas rápidas de asistencia. Y es por eso digamos que ahora, en el proyecto de intervención, de asistencia en esta área, nos hemos planteado generar una unidad de desintoxicación, para que aquellas personas que lo necesiten, puedan ser rápidamente derivadas desde las puertas de emergencia hospitalarias. Entonces yo creo que, ese es un aspecto que probablemente contribuya a mejorar las prestaciones y a mejorar la accesibilidad. Porque comparto, al menos en parte lo que planteaba Fredy Da Silva, que cuando no hay referentes es difícil. Pero yo creo que, como un criterio de ingreso a una comunidad terapéutica puede ser muy apropiado, que cuando no hay referentes no atendemos gente. Pero desde el punto de vista de la accesibilidad de tratamiento, el que no tiene referentes también necesita tratamiento. Para darles una idea, qué pasó anoche. En función de las nuevas medi-

> En el proyecto de intervención de asistencia en esta área, nos hemos planteado generar una unidad de desintoxicación para que aquellas personas que lo necesiten puedan ser rápidamente derivadas desde las puertas de emergencia hospitalarias.

22 Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol, Clínica Psiquiátrica, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Udelar, Uruguay.

das sanitarias por el Covid, nosotros tenemos dos grupos de funcionamiento en la UNITRA en el Clínicas, para tratar pacientes alcoholistas. No podemos reunir once personas en una habitación cerrada, porque no estamos respetando los criterios sanitarios. Tratemos de hacer la reunión de grupo por zoom. Juntemos los dos grupos -porque los habíamos dividido-. Intentamos localizar a doce personas y, solamente una de las doce que asistimos, tenía la posibilidad de tener un teléfono con video para poder interactuar por zoom. Las otras once no. O tienen celulares que no tienen video, o directamente no tienen. Entonces esa población, que por supuesto la enorme mayoría carece de referentes, también necesita tratamiento. Entonces, quizás no sean candidatos para algunas comunidades terapéuticas sin duda, pero también tenemos que dar respuesta a esa gente. Después, creo que, en esta conceptualización de adicciones como patologías crónicas, el lugar de los grupos de autoayuda es muy relevante. Porque en general, los dispositivos están pensados para tratamientos de un año, dos años, quizás algo más y, el grupo de autoayuda, sin costo, le permite a la persona renovar su determinación de mantenerse libre de consumo, en la frecuencia que pueda considerar pertinente, y no tiene límite de tiempo. Es algo que está siempre disponible. Creo que son recursos valiosísimos que tenemos y que debemos apoyar. Otros aspectos que tienen que ver con la asistencia, es que tenemos que actualizar el Vademécum. Tenemos algunos medicamentos, que por lo menos tienen una evidencia relativa o de primer orden, en el tratamiento de algunas patologías como es el alcoholismo y, sin embargo estamos usando medicación antiquísima. Estamos usando el Tiapride como principal fármaco de tratamiento del alcoholismo, cuando hace más de 36 años que no hay una publicación científica que diga que sirve. Sin embargo, la Naltrexona que por lo menos el 30, 40% de los pacientes responde, no lo tenemos accesible. No está a nivel de las mutualistas, no está a nivel de ASSE y vamos a tener que mejorar eso, si queremos mejorar también las prestaciones. Un hecho que, creo yo, es interesante, es que por suerte no tenemos heroína. Pero el consumo de opiáceos viene creciendo. No sé si hay acá gente que está trabajando en clínica, pero a nivel mutual estoy viendo cada vez más dependientes, sobre todo de Tramadol y de otros fármacos (mujeres también me dice Fredy, si). Y, en el tercer estudio de prevalencia en la emergencia del Hospital Pasteur, el consumo de opiáceos se había multiplicado por ocho, respecto a los estudios anteriores. Y no era un opiáceo indicado en la emergencia para tratar un dolor agudo, era un opiáceo que la persona venía consumiendo antes de llegar

> Los dispositivos están pensados para tratamientos de un año, dos años, quizás algo más y, el grupo de autoayuda, sin costo, le permite a la persona renovar su determinación de mantenerse libre de consumo, en la frecuencia que pueda considerar pertinente, y no tiene límite de tiempo.

a la emergencia. Entonces yo creo, que son hechos a tener en cuenta y que tienen que alertar. Otro aspecto que creo central y comparto con Bartolomé Pérez, cuando planteaba que la obligación de la gente a tratarse no funciona, con esto de la judicialización. Yo creo que no debemos judicializar los tratamientos. Si empezásemos a judicializar los tratamientos, rápidamente se nos van a obturar los distintos dispositivos de tratamiento que tenemos y, no vamos a poder dar una respuesta adecuada. Respecto de un proyecto de ley que se está discutiendo, yo creo que si una persona adicta o dependiente de sustancias, está en un momento de sobriedad -en donde estamos planteando que firme la voluntad anticipada para internarse si recae-, cuando está sobrio y sabe que tiene una dependencia, es el momento para que empiece un tratamiento. ¿Para qué vamos a esperar que la persona se intoxique o tenga una complicación? Entonces me parece que esa herramienta, responde a nuestras carencias en nuestra oferta de tratamiento. Si tuviésemos mejores ofertas de tratamiento y mejor accesibilidad, es probable que eso nunca hubiera llegado a tratarse. Entonces ahí también, tenemos nosotros que asumir nuestras responsabilidades. Por último dos cosas. Uno es alertar sobre que están circulando en el país marihuanas de alta potencia. Gente que yo trato habla de la variedad Rainbow, de la Gorilla Ghost, BSF (Best, Stronger and Faster), variedades todas por encima de 25% de THC, algunas por arriba de 30% de THC. Y esto no debiera suceder. Porque evidentemente estas variedades son potencialmente muy nocivas. El otro aspecto y, que dejo para la polémica es -yo creo y lo he dicho antes- que tendríamos que pensar en que el acceso a la compra de alcohol, marihuana, debiese hacerse a partir de los 21 años y no de los 18. Con 18 años, los cerebros son muy inmaduros y nosotros tenemos que tratar de preservar el capital cerebral de nuestra juventud. Y creo que 18 años, es una edad muy temprana para que se expongan a tóxicos. En realidad, si uno va a la evidencia tendría que decir, bueno el cerebro va culminando su maduración cerca de los 25 años. Si yo digo 25, la reacción va a ser terrible; 21 años es ya la edad en la cual, muchos países fijan el tope, para poder acceder a bebidas alcohólicas o comprar cannabis. Gracias.

URUGUAY

Dr. Horacio Porciúncula

MÉDICO PSIQUIATRA. COORDINADOR DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Me sumo a los agradecimientos por la invitación. Quiero comentar que desde acá arriba, cuando miro el lugar ya me impacta los papelitos que dicen que no se puede sentar, esta cosa de la realidad, la cual nos invade a todos. Creo que seguramente, la Secretaría Nacional de Drogas va a tener puestas estas presentaciones en alguna forma que las podamos ver varias veces, porque han sido riquísimos los aportes de cada una de las personas que hablaron. Cualquier comentario que uno fuera a tomar específicamente de cualquiera de las exposiciones, sería sin dudas, extremadamente valioso, y eso muestra la valía de la organización para este evento. Quería hacer en estos minutos algunas consideraciones; que puedan hacer también como miradas sobre lo dicho y algunos aportes. Miradas sobre lo dicho; está claro que la interinstitucionalidad en la mirada de la acción en el consumo de sustancias, es absolutamente básico. Que la interdisciplina hoy por hoy sería muy tonto discutirla. Entonces, voy a centrarme en algunas cuestiones vinculadas al tratamiento, con una buena y una mala noticia. La buena noticia, es que en algunos estudios de estos últimos tiempos que estuvimos revisando con Agustín Lapetina[23], vimos que la mayoría de los consumidores de sustancias remite espontáneamente. Y cuando me decía esto Agustín, uno empezaba a repasar estos cuarenta y pico años de experiencia clínica. Y me acuerdo, no solo de aquellas personas que pudieron pasar por un proceso terapéutico con uno y, que después dejaron de consumir. Sino me acordaba de muchos compañeros de Facultad que de repente tenían algún tipo de consumo, que en algún momento podía incluso ser problemático y, que remitieron espontáneamente con el proceso de la vida, el amor, los cambios sociales, no sé. Esa sería la buena noticia. Es decir, la mayoría de las personas que consumen sustancias, aunque tengan en algún momento uso problemático, puede remitir espontáneamente sin la acción de ningún efecto, de los que pretendemos, ser terapéuticos en esta cuestión. La mala noticia y, decía Juan Fernández, Maradona, lo tiró ahí al pasar. A mí

23 Sociólogo, experto en drogas, funcionario del Ministerio de Salud Pública.

me impactó todo lo que tenía que ver, con las miradas diferentes sobre la historia de esta persona, más allá de la persona. Sino el fracaso de todas las terapias y tratamientos en diferentes lugares del mundo, con diferentes miradas y, la construcción de la personalidad y el entorno, todo esto que de alguna manera nos interpela en el día de hoy. Entonces, para pensar el tratamiento con estas cuestiones conceptuales que ya más o menos están claras, me voy a parar en solo dos lugares. Un lugar, que tiene que ver con la comunidad y, un lugar que tiene que ver con la internación. Cuando hablamos de comunidad y la construcción de políticas en la comunidad, estamos hablando de una mirada que tiene que ver en su construcción, una cuestión muy regional y local. Nosotros decimos frecuentemente, que no es lo mismo (en los departamentos de) Rivera y Artigas que Durazno y Tacuarembó; que no es lo mismo Rocha en verano que Rocha en invierno. No es lo mismo la mirada que tiene el familiar, que la que tiene el técnico. Entonces, cuando hablamos de la construcción inter-mirada, tenemos que pensar que se construye con estas características. Y lo digo, porque además instrumentos que ya han estado funcionando, como son las miradas de los Ciudadela[24] que cuando los pensamos como tal, recuerdo que el nombre Ciudadela fue, porque estábamos en la Plaza Independencia mirando la puerta de la Ciudadela y dijimos en ese momento, un lugar de pasaje de un lado al otro, que contemple, que vea, que de alguna manera permita que los familiares tengan un lugar donde asesorarse, no estaba pensado desde el punto de vista del tratamiento…..Y el proceso determinó, que la gente en la región se empoderó de estos lugares, los defendió y construyó de una manera, que ni siquiera nosotros habíamos pensado. Cuando hace unos años atrás se quedó sin plata para financiar muchos de ellos, el Intendente del Departamento X vino a quejarse porque se caía el Ciudadela. Eso a nosotros nos enseñó muchísimo en cuanto a la construcción, que no parte de nosotros, sino que parte de quien realmente tiene la necesidad de ello, que es la propia comunidad, y da respuestas a esa comunidad. Esto habla de la interinstitucionalidad. No de la interinstitucionalidad que venimos trabajando desde el artículo 11, solamente desde el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social. Sino de la interinstitucionalidad en territorio, donde intervienen además las fuerzas vivas, las ONGs, participan también las Intendencias. Ese es un punto que a nosotros nos parece como para seguir trabajando, desde el punto de vista del desarrollo de políticas. El deporte ha mostrado ser el más

> Cuando hablamos de comunidad y de construcción de políticas en la comunidad, estamos hablando de una mirada que tiene que ver en su construcción, una cuestión muy regional y local.

24 Dispositivos de orientación, consulta, diagnóstico y derivación de la Red Nacional de Drogas.

efectivo controlador para el desarrollo de vida sana. Desarrollemos los deportes que va a ser mucho más eficaz en muchos lugares para esto. Concepto: comunidad – territorio – necesidades reales. Me voy a parar en el lugar de la internación y me salteo todo el resto porque los tiempos son muy estrechos. Hablo de internación voluntaria y no voluntaria. Internación voluntaria. A aquellos que trabajamos hace más de 40 años en este tema, les pregunto, quién se interna voluntariamente para dejar de consumir una sustancia. Y les digo, hay cinco situaciones en las cuales las personas se internan voluntariamente. Es cuando están frente a una situación de pérdida. Porque están a punto de perder la libertad, porque sino lo van a llevar en cana y entonces logran transitar por el proceso jurídico, mejor me interno para salir. Perdieron el vínculo afectivo y entonces están con un cuadro depresivo; solamente porque en ese momento las personas que querían, dijeron, si vas a seguir consumiendo no te quiero ver más. Porque perdieron su constitución de vida, orgánica y, entonces tengo un sangrado por consumo excesivo de alguna sustancia; entonces me asusto y pido la internación. Porque tengo miedo de perder la vida, porque le debo a los que consumí y me están buscando para cobrarme. Y algunas otras situaciones vinculadas a la pérdida, situaciones muy particulares, que seguramente ustedes recordarán. En esa situación, la persona se interna. Y a los tres, cuatro días o cinco días empieza a decir, cuando me voy doctor. El nunca más, duró o dura hasta la próxima vez. Y en ese mismo momento, la madre dice, cuánto tiempo más lo puede dejar; "déjemelo un poco más doctor". Esto lo dice el doctor Usher[25] cuando hablamos de estas cuestiones; dice, en los procesos de internación, la persona se quiere ir y la familia quiere que se quede. Pero además quiere que se quede, porque por un lado no sabe mucho que hacer, para controlar esta situación que los desborda. Todos los días hablamos con los usuarios y hablamos con las madres, que nos llaman para decirnos, doctor en la mutualista tal, no me están dando los días de internación que mi hijo necesita, y yo creo que cinco o seis meses estaría bien; y en cinco o seis meses… en siete u ocho días… ya la persona no quiere más. Entonces desde este lugar pensar que, como decía la Dra. Laborde, es el (dispositivo) Erica -el equipo de respuesta integral a la crisis adictiva- la ventana de oportunidad, que nos va a permitir, de alguna manera, tener la posibilidad de iniciar un tratamiento de verdad, donde poder disponer una georeferenciación para el seguimiento. Porque uno de los grandes

A aquellos que trabajamos hace más de 40 años en este tema, les pregunto, ¿quién se interna voluntariamente para dejar de consumir una sustancia? Y les digo, hay cinco situaciones en las cuales las personas se internan voluntariamente.

25 Dr. Álvaro Usher, Psiquiatra Especialista en Adicciones.

errores que todos tenemos en los procesos terapéuticos es que se cortan, no articulamos; entonces lo veo en un lado y después no hay seguimiento, no sabemos cómo continuar el proceso. Es la oportunidad para esa valoración orgánica; es la oportunidad para hablar con la familia, porque normalmente en esas circunstancias viene; es la oportunidad para generar un plan terapéutico individualizado. Porque no hay tratamientos para estandarizar; cada una de las personas tiene la necesidad de un tratamiento personalizado. Y finalizo con la internación compulsiva; la internación como hablaba Pablo Fielitz hace unos minutos atrás. Y ahí me voy a agarrar fuertemente de la Ley No.19.529, que es la Ley de Salud Mental, que prevé en qué circunstancias se puede internar contra la voluntad, y porqué, y para qué, y por cuánto, y quién es el responsable de la mirada integral inmediata, para que estas personas tengan una posibilidad real. Yo soy adicto. El 10 de agosto de 2008 deje de fumar después de mucho tiempo. Digo esto y se me hace agua a la boca. Día a día tengo que volver a pensar que hoy, no voy a fumar.

Gracias.

URUGUAY

Prof. Mag. Hugo Rodríguez Almada

MÉDICO. PROFESOR TITULAR GRADO 5 - DIRECTOR DE LA CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR. MASTER EN MEDICINA FORENSE, UNIVERSITAT VALÉNCIA.

Muy buenos días, quiero agradecer muchísimo a la Junta Nacional de Drogas, por el privilegio por poder participar de esta actividad, a la cual solo puedo aportar muy lateralmente, y desde una visión general, porque, realmente, lo que hice fue aprender de las exposiciones de los comentaristas y también y especialmente de esa intervención inicial, provocadora y, me parece, muy profunda del Dr. Daniel Radio, Secretario General. Era muy difícil expresar en diez minutos algunas ideas sobre un problema tan complejo o sobre tantos problemas complejos y encima Juan Fernández colocó a Charly García y a Maradona, que justificarían un seminario cada uno, más Eduardo Mateo, mencionado por Daniel Radio en su intervención inicial. No puedo entrar en eso, por supuesto, aunque sería maravilloso poder hacerlo, y me quedo con una frase de Diego Maradona, que capaz nos hace pensar, una frase críptica que capaz que nos hace pensar cuando dijo: "¿Te das cuenta del jugador que hubiera sido yo, si no hubiera sido por la cocaína?" Expresado por el mejor jugador de todos los tiempos. La reflexión mía con respecto a la actividad, que va a tender a ir a hacia lo legal, parte de dos comentarios iniciales, generales, que me interesa hacer, porque me parece que estas instancias hay que aprovechar para discutir, para confrontar. Como hicieron todos los compañeros, ¿no? No para hacer intervenciones de compromiso. Una primera cosa que yo quiero señalar es la necesidad de conjugar la dialéctica de lo general y lo particular en este tema. Por un lado está claro que no todos los fenómenos merecen la misma respuesta. Y es tan claro como que las respuestas particulares no pueden estar al margen de los grandes principios generales establecidos por las líneas políticas. Más en este tema, en que Uruguay yo entiendo que tiene fortalezas a través de una institucionalidad bastante asentada, también con elementos de interinstitucionalidad, y también con políticas de Estado bastante claras, que no es frecuente en otras áreas de la actividad. Y otro aspecto es la política del marco teórico con el pragmatismo. ¿No? Se ha manifestado, me parece, mayoritariamente o en la generalidad, el distanciamiento con los paradigmas reduccionistas, prohibicionistas, condenatorios, que parecen ubicar el problema este, en el casillero de la moral y no en de la salud pública. Con esa visión estoy absolutamente distanciado y no tengo, desde luego,

nada que ver. Pero no sería franco si no digo, que tampoco esto puede sustituirse por una mirada de corrección política, llenas de palabras de moda, que incluye también otros prejuicios diferentes, que pueden llegar a banalizar y minimizar el problema sanitario y termina por no dar respuesta. La medicina, esa es la experiencia que yo tengo digamos, y lo que yo vivo, ha seguido un camino de súper especialización, que mas allá de algún aspecto positivo, encarna una visión general que es negativa que es la pérdida de la perspectiva general, y en última instancia la posibilidad de ser eficaz terapéuticamente. Es esa anécdota bastante común en la medicina, y que nosotros entre los médicos la decimos irónicamente, pero que la escuchamos. Es el paciente que se muere en el CTI y el cirujano dice: "quirúrgicamente fue un éxito. Se murió de un fallo multiorgánico". Esa es el quinta esencia de la visión fragmentada, la de catalogar de un éxito un acto médico quirúrgico, de una persona que se murió. Entonces, pero esto que pasa en la medicina también le pasa a los legisladores. Los legisladores deberían tratar de ponerse a resguardo de dar respuesta parciales, pensadas por patología, tras análisis parciales, muchas veces al influjo de tendencias de opinión pública o de trending topics o de la capacidad de lobby de cada grupo social. Si se va la legislar por patología, se va a asignar recurso por patología, se van a tomar medidas respecto, por ejemplo, a la internación por patología, se pierde absolutamente la perspectiva general de lo que debe ser la legislación sanitaria y la legislación de derechos. Esa tendencia tendría que sustituirse en mi criterio, y esto es un criterio que acuerda todo el equipo de nuestra cátedra, por políticas de Estado de corto, mediano y largo plazo. Libre de prejuicios, de todos los prejuicios, sobre todo de los prejuicios de los usos problemáticos de sustancias, pero también sobre sus tratamientos y sobre los prejuicios de los usuarios de sustancias, pero también sobre los médicos, los psiquiatras y sobre los psicólogos. El problema se me ocurre que es demasiado importante y demasiados serio, para permitir su reducción a miradas fundamentalistas de cualquier tipo. Se mencionó en intervenciones anteriores y es de estado público, que se ha manifestado interés en legislar respecto a internaciones involuntarias para los pacientes que tienen uso problemático de drogas. En nuestra opinión, desde nuestra cátedra, no hacen falta nuevos marcos legales para esto. Es decir, en todo caso, habida cuenta del marco legislativo que hoy Uruguay tiene, y bastante reciente, la labor de los legisladores debería concentrarse en conseguir los recursos suficientes para que se puedan aplicar las políticas sanitarias necesarias. Pero no hay ninguna limitación a la posibilidad de tratamiento de cualquier nivel. Está perfectamente reglamentada la posibilidad de internar voluntariamente y está perfectamente reglamentada la capacidad de internar involuntariamente. De manera tal que no hay necesi-

> Los legisladores deberían tratar de ponerse a resguardo de dar respuestas parciales, pensadas por patología, tras análisis parciales, muchas veces al influjo de tendencias de opinión pública.

dad de colocar ese fetiche de la internación involuntaria, que tiende a ser una promesa de que ahí tenemos una solución para un problema; cuando deberíamos hablarle claro a la gente y de frente y decirle que esa no es una solución para este problema. Y que no solo no es eficaz, si no que puede ser negativa, no solo en términos al problema del uso de sustancias, sino también al problema de la legislación general de derechos. Cuando se habla de consentimientos informados no revocables, cuando se habla de consentimientos informados sin información, porque se consiente en un tratamiento que no se sabe cuál es, a tal punto que no lo indicó nadie todavía, estamos ante un riesgo de un retroceso en una materia que el Uruguay, en los últimos años y en forma consensuada, ha sabido construir y ha significado avances. Y para finalizar no puedo menos que compartir la afirmación del Profesor agregado Pablo Fielitz, en cuanto a lo negativo que significa la judicialización. No solo en este caso. En general, en todo el ámbito de lo sanitario, la judicialización solo puede ser aceptada como un mal necesario y debe ser restringido a su más reducida expresión. Todo lo que signifique involucrar al sistema de justicia, al Estado, de manera tan coercitiva como lo hace el sistema judicial, es algo que verdaderamente va en contrario de los paradigmas terapéuticos que puedan tener alguna chance de obtener éxito. Muchas gracias.

El fetiche de la internación involuntaria, que tiende a ser una promesa de que ahí tenemos una solución para un problema; cuando deberíamos hablarle claro a la gente, de frente, y decirle que esa no es una solución para este problema.

ESCANEÉ EL CÓDIGO QR PARA VER EL VIDEO DEL FORO EN YOUTUBE

https://bit.ly/ForoAcademicoJND_2020

2

FORO

FORO ACADÉMICO

Gestión de riesgos y reducción de daños: un desafío de las políticas públicas

SALA DE ACTOS DE PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
2 DE DICIEMBRE DE 2021

ÍNDICE

FORO 2 / 2021 **76**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 80
Presentación **82**
Dra. Carolina Ache 84
Dr. Leonardo Cipriani 88
Dr. Daniel Radío 92
Ponencias **96**
Dr. Mauricio Roberto Campelo de Macedo 98
Dr. Roberto Canay 104
Dr. Ricardo Bernardi 110
Dra. Raquel Peyraube 116
Dr. Antonio Pascale 122
Comentarios **128**
Dr. Javier Sánchez Arroyo 130
Dr. Pablo Fielitz 138
Dr. Gabriel Eira 142
T.S. Paula Goltzman 146
Lic. Roberto Gallinal 152

MESA DE **APERTURA**

URUGUAY

Dr. Rodrigo Ferrés

PROSECRETARIO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y PRESIDENTE DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Buenos días, bienvenidos a la Presidencia de la República, es un gusto para nosotros dar la bienvenida en este segundo foro académico que organiza la Junta Nacional de Drogas. La importancia de este evento, entre otras cosas, radica en que estamos convencidos de que, para cuestiones complejas, como las que vamos a tratar en esta jornada, necesitamos ámbitos amplios y fecundos de conocimiento basados en la evidencia científica. En este sentido, es importante la promoción de diferentes aportes desde el ámbito académico, tanto nacional como internacional, ya que constituye una herramienta privilegiada para convocar la conjunción de las distintas perspectivas que enriquezcan y fortalezcan las políticas públicas y la eficacia de las respuestas en materia de adicciones.

En esta oportunidad, el foro abarca la temática de la gestión de riesgos y la reducción de daños, priorizando un enfoque pragmático, asumiendo el desafío de pensar en forma conjunta sobre los consumos de drogas y la problemática de la adicción, desde una perspectiva plural y muy fundamentada, sobre todo en lo científico. De esta forma, el gobierno entiende que se deben dar respuestas a problemáticas muy sentidas por la sociedad en su conjunto, las que deben contar con evidencia y fundamento. Elegimos de forma estratégica no centrarnos en lo que debería ser, sino en la realidad tal cual se nos presenta día a día; compleja, difícil, sensible, como lo que tiene que ver con el consumo de drogas. Con relación a este punto, proponemos una agenda de trabajo orientada a valorar en forma conjunta qué hacer una vez que la problemática se ha identificado, aproximarnos cada día de mejor forma a poder encontrar respuestas, y para ello consideramos que la academia es un actor estratégico y protagónico en este sentido. Asimismo, este foro propone trascender la mirada diagnóstica para instalarnos en el terreno fecundo, y en ocasiones hasta incómodo, de qué hacer con aquello que primero diagnosticamos, identificamos y caracterizamos. A eso los invitamos, a pensar en forma conjunta, a colaborar desde diferentes perspectivas, pero sobre todo a intercambiar, a dialogar, con base en el conocimiento científico, buscando ese diálogo con la realidad, tal como se nos presenta, de forma compleja, de forma difusa,

muchas veces desafiante. Un diálogo que termina siendo interdisciplinario, porque la problemática en la que tenemos que enfocarnos tiene muchas aristas.

Desde la Junta Nacional de Drogas, y sobre la base de la Estrategia Nacional de Drogas, proponemos, entonces, una mirada integral y científica de esta temática. Fundada en principios de derechos humanos, en principios de salud pública y desarrollo; todos pilares fundamentales de esta política. A nuestro juicio, necesitamos mayor conocimiento, mayor racionalidad, mejor sensibilidad, planificación y evaluación.

Por último, agradecemos profundamente la disposición de los prestigiosos panelistas y comentaristas que con su presencia y aporte van a garantizar, sin duda, el éxito de esta jornada. Muchas gracias.

PRESENTACIÓN

Los "Foros Académicos" implementados por la Junta Nacional de Drogas (JND) son una iniciativa del Dr. Daniel Radío, Secretario General de la JND, con el objetivo de profundizar el vínculo entre la producción académica y la elaboración de la política públicas, promoviendo la generación de evidencia científica y su aplicación en el contexto de las políticas de drogas.

En este marco, se invita a destacados expertos de universidades nacionales y extranjeras a exponer sus conocimientos y puntos de vista sobre las problemáticas abordadas.

Los objetivos específicos de esta segunda instancia fueron:

- Problematizar acerca de la concepción de "Gestión de riesgos y reducción de daños" en el escenario actual, en el campo de políticas públicas asociadas a uso de drogas.
- Difundir e intercambiar información sobre la evidencia científica y los fundamentos disponibles en el abordaje integral de la temática desde el enfoque mencionado.

Las ponencias, comentarios y debates se basaron en las siguientes preguntas guía:

- Gestión de riesgos y reducción de daños: ¿"paradigma"; "modelo interpretativo" como marco de intervención en política pública o "estrategia" de intervención? ¿Desde qué lugar se constituye en un abordaje adecuado de los problemas de salud pública referidos a consumos problemáticos de drogas?
- Encuentros y desencuentros: Gestión de riesgos y reducción de daños y abstencionismo. ¿Qué evidencia científica o fundamentos se encuentran disponibles de cara a las distintas intervenciones?
- Cambió el escenario... ¿qué hacemos? Repensando la Gestión de riesgos y reducción de daños en las nuevas coyunturas mundiales y poblaciones sobre vulneradas por la pandemia.

URUGUAY

Dra. Carolina Ache

SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. INTEGRANTE DE LA JND

Señor prosecretario de la Presidencia de la República, doctor Rodrigo Ferrés, señor presidente del directorio de ASSE, doctor Leonardo Cipriani, señor secretario general de la Junta Nacional de Drogas, doctor Daniel Radío; autoridades presentes, señoras y señores, muy buenos días para todos.

Hoy nos convoca el Foro Académico Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas, es un tema trascendente que está vinculado a la cuestión de las drogas, y es también una importante herramienta para mitigar los riesgos y los daños asociados al uso problemático de las drogas. Además, es una forma eficaz de construir puentes entre la cultura del usuario y los servicios o los dispositivos que abordan estas problemáticas. Para mí es un verdadero honor poder estar en esta jornada con tan calificados referentes académicos, que van a compartir su experiencia y su conocimiento, que sin duda son fundamentales a la hora de establecer y delinear políticas públicas.

En los últimos años el debate en cuanto a las drogas se ha extendido a gobiernos, a comunidades y a organizaciones gubernamentales, en particular a partir de nuevas concepciones que buscan promover una mirada basada en un abordaje más integral, que va más allá de una visión netamente sanitaria y represiva. Este es el enfoque que Uruguay ha sostenido en distintos foros internacionales tales como la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el Mercosur o el mecanismo de cooperación Unión Europea, América Latina y el Caribe, priorizando una visión integral de las políticas de drogas con perspectiva de Derechos Humanos.

En esta línea, Uruguay ha promovido intercambios en todos los niveles. A nivel regional, este año se llevaron a cabo encuentros técnicos con distintos países de la región como Perú, Chile y Colombia. A nivel multilateral, en diciembre de 2020, se partici-

pó en el 64 período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, de la que Uruguay es miembro hasta el 2023. Igualmente, se participó en la vigesimoséptima reunión especializada de autoridades de aplicación en materia de droga del Mercosur, y en la vigesimosegunda reunión de alto nivel en el marco de mecanismo de coordinación y cooperación en materia de drogas, CELAC-Unión Europea. Además, Uruguay contó con la participación, a través de su misión de participación permanente en Ginebra, en el Foro de Brandenburgo, concebido como un espacio de debate confidencial en temas de drogas y de derechos humanos.

Desde la Cancillería de la República se continúa promoviendo un diálogo abierto y dinámico con los diferentes Estados, agencias y organismos internacionales, así como también mediante la participación activa en los ámbitos tanto regionales, como mundiales. En esa línea y conjuntamente con la participación técnica de la Junta Nacional de Drogas, hemos liderado a nivel mundial la inclusión de la perspectiva de Derechos Humanos en asuntos de drogas, la regulación y el control del mercado del cannabis, y el debate sobre la aplicación de los resultados de las políticas de corte prohibicionista.

Quiero destacar el trabajo realizado por la Junta con relación a la elaboración de la Estrategia Nacional de Drogas para el período 2021-2025, fruto de un proceso de continua consulta y trabajo interinstitucional con diversos actores vinculados.

Desde la cancillería en general nos toca coordinar, y hemos coordinado, en conjunto con la secretaría de la Junta Nacional de Drogas, las actividades en el marco del Programa Global CRIMJUST, fortalecimiento de la cooperación en materia de investigación y justicia penal a lo largo de las rutas del tráfico de drogas y Operación Azure, de la oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). En este programa participaron funcionarios del Ministerio del Interior, Fiscalía General de la Nación y jueces del Poder Judicial.

En otro orden, quiero señalar, muy especialmente, la coordinación por parte de la

Cancillería junto con las instituciones nacionales competentes de la incorporación de Uruguay a través del puerto de Montevideo en el Programa de Control de Contenedores de la ONUDD y la Organización Marítima Internacional. Con relación a la cooperación en materia de políticas públicas vinculadas a la regulación del cannabis con otros países, se destaca la firma de la Carta de Entendimiento entre la Junta Nacional de Drogas y Help Canadá, el 17 de noviembre de este año. En este ámbito, se ha promovido el intercambio entre expertos de ambos países, propiciando diversos intercambios en temáticas de interés para el Uruguay, como la experiencia canadiense en el desarrollo del sistema de licenciamiento y seguimiento o tracking. Esto fue un pedido del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

El Estado uruguayo ha sido históricamente defensor del derecho internacional, principio fundamental de nuestra política exterior que también se extiende al tema de drogas, y en tal sentido el país posee una visión integral del derecho y de las obligaciones asumidas, no solo en el ámbito de las convenciones de Viena, sino también en el ámbito de la protección de los Derechos Humanos.

El Estado uruguayo ha sido históricamente defensor del derecho internacional, principio fundamental de nuestra política exterior que también se extiende al tema de drogas, y en tal sentido el país posee una visión integral del derecho y de las obligaciones asumidas.

Uruguay sostiene que las convenciones internacionales resultan herramientas privilegiadas para encausar la acción común entre los Estados. No existe una sola realidad y por tanto tampoco existe una sola solución para los problemas vinculados con las drogas. Cambian las realidades en cada región y en cada país, por lo que creemos que no existe solamente una respuesta para cada problema. También es un firme defensor del multilateralismo, reafirmando el principio de que cada país es soberano para establecer sus propias políticas tendientes a mejorar la salud pública.

Quiero destacar un importante hito a nivel internacional, producido en diciembre del año pasado. En virtud de los cambios que comenzaron a generarse en la legislación de los distintos países la Comisión de Estupefacientes, siguiendo las recomendaciones de

la Organización Mundial de la Salud, aprobó la exclusión del cannabis y su resina de la lista 4 de la Convención de Estupefacientes de 1961, con 27 votos a favor, incluido el de Uruguay. La citada comisión abrió la puerta para el reconocimiento del potencial medicinal y terapéutico de esta droga. Esta nueva clasificación es un paso hacia la desestigmatización del uso de la marihuana, y sobre todo el reconocimiento de su potencial terapéutico.

Para finalizar, en el marco de la actual pandemia nosotros vamos a seguir favoreciendo el intercambio de conocimientos y experiencias estableciendo espacios de cooperación vinculados al abordaje y a la actuación de los diferentes actores regionales e internacionales en la temática. Quiero felicitar a la Junta Nacional de Drogas y a todos los participantes por dedicar este tiempo en algo que es tan importante como este intercambio. Les auguro una excelente jornada, con excelentes exposiciones. Muchísimas gracias.

URUGUAY

Dr. Leonardo Cipriani

PRESIDENTE DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

Buenos días para todos, es un gusto poder integrar esta mesa como representante de ASSE. Me acompaña el doctor Pablo Fielitz, que es nuestro director de Salud Mental, y que está muy preocupado y ocupado con este tema, como lo está toda la institución. De hecho, propusimos un pedido del propio Presidente de la República, Luis Lacalle, tenemos que trabajar con el tema de adicciones.

¿Por qué tenemos que trabajar con el tema de adicciones? Por lo que genera y por el aumento en las personas con problemas de abuso de sustancias que ha habido en las últimas décadas, ni hablar que con este tiempo de pandemia, que hemos vivido, se pudo haber incrementado. Lo importante a tener en cuenta del por qué hay un aumento, nos interpela a todos nosotros, los que estamos acá, en tener que pensar en nuevas estrategias y nuevos abordajes para poder solucionar este problema. Es obvio que el problema a nivel de salud y de salud pública, que esto genera, es muy grande, pero también genera problemas sociales, intrafamiliares, nos trae problemas a todo el Uruguay en conjunto.

ASSE es un socio fundamental de la Red Nacional de Atención de Drogas, porque atendemos al 43 % de la población y estamos distribuidos en todo el país con más de 900 puntos de atención. Apostando en ASSE, y apoyándonos en el medio privado, porque esto no es solo de una institución, sino que como parte del sistema podemos lograr, si logramos los recursos, mayor accesibilidad de la población a consultar.

En la institución tenemos centros de desintoxicación en casi todos los hospitales generales grandes, y estamos aumentando. En Montevideo en el Portal Amarillo, ya comenzamos una serie de obras en las que pensamos agregar unas 18 camas para desintoxicar. También tenemos dispositivos residenciales, contamos con 35 camas en el Portal Amarillo, 20 camas en El Jagüel, 17 camas en Casa Abierta en Artigas, la que estuvimos recorriendo hace poco. También contamos con convenios con privados, como es el caso de Izcali con convenio por 17 camas que lo llevamos a 22, y tenemos con el

Mides un trabajo en conjunto para poder abrir dos centros diurnos; uno para pacientes con consumo de sustancias, y otro para pacientes con alcoholismo, que estamos ahora en la espera de que se destranquen unos llamados de psicólogos, pero esto tenemos que tratar de solucionarlo rápidamente porque son temas urgentes. Además, trabajamos a nivel ambulatorio con los dispositivos Ciudadela y con nuestros equipos de salud mental, en actividad individual y también con tareas grupales.

Nos falta mucho y de todo, somos conscientes de que las camas para desintoxicación las tenemos que aumentar, que tenemos que incrementar los dispositivos residenciales, y es ahí que estamos proyectando oportunidades que el Estado brinda como, por ejemplo, las colonias. Por la propia Ley de Salud Mental estas van a ir desapareciendo, y de hecho esto ya está ocurriendo. Nosotros cada vez estamos bajando más el número de pacientes, cuando ingresamos teníamos unos 610, y ahora estamos con alrededor de 500 o un poquito menos. Uno recorre las colonias y no es esa imagen espantosa que a veces la población suele tener, sino que nos encontramos con un centro con un espacio muy grande, tenemos 300 hectáreas en un lugar con un índice CONEAT muy alto (en la cual podemos comenzar a vender predios, ya estamos trabajando en eso), para trabajar sobre las propias colonias, para empezarlas a reconstruir, y uno de los objetivos puede ser empezar a trabajar en lugares de residencia para pacientes con consumo de drogas.

> Nos falta mucho y de todo, somos conscientes de que las camas para desintoxicación las tenemos que aumentar, que tenemos que incrementar los dispositivos residenciales, y es ahí que estamos proyectando oportunidades.

Somos conscientes de que solo desde la salud no se puede afrontar este problema, esto es algo interdisciplinario, y el Estado tiene muchísimas estructuras y muchísimos recursos, que si nos organizamos bien se pueden hacer muchísimas cosas. Tenemos que trabajar con el Codicen, con la gente de la educación, porque una vez que un paciente de éstos se rehabilita hay que reformarlo. Tenemos que trabajar con el Mides, estamos trabajando con ellos, y sin temor de no entrar en temas de laicidad, pero se tendría que pensar hasta con organizaciones que aumenten la espiritualidad de las personas para que la gente se proyecte hacia un futuro con esperanza. Si nos organizamos, y con los

recursos que tenemos creo que podemos hacer mucha cosa.
En ASSE hoy en día tenemos un problema, logramos en el presupuesto nacional, presupuesto para trabajar en salud mental, y nos pasa ahora que nos cuesta conseguir los recursos humanos. Tenemos para 126 cargos con funciones de alta dedicación para psiquiatras, por ejemplo, y no se consiguen. Estamos pagando 1300 pesos por hora, igual que en un medio privado. A su vez, en el presupuesto nacional, nosotros trabajamos con el escalafón J que nos permite educación para poder contratar a los operadores terapéuticos que nos ayuden en esto.
El desafío es grande, pero estamos convencidos de que, con el apoyo entero del Estado, tenemos que trabajar para el cese de consumo de sustancias de nuestros pacientes, pero también en tratar de disminuir el riesgo, para entrar a compensar a ese paciente y después seguir trabajando, poder pesquisarlo, que se entusiasme y de esa manera nosotros poder convencer para poder seguir trabajando en este tema.
Desde ASSE, tanto para la JND, como para todo el resto de los organismos, les queremos decir que tienen una institución de puertas abiertas, y que estamos preocupados y ocupados en el tema. Muchas gracias por la invitación.

URUGUAY

Dr. Daniel Radío

SECRETARIO GENERAL DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Señor prosecretario, señora subsecretaria, señor presidente de ASSE, quiero decirles que me siento muy honrado de compartir la mesa con ustedes y quiero agradecerles a todos los que han aceptado la invitación a participar, ya sea de manera presencial o vía telemática, particularmente a los académicos que han sido convocados y que han aceptado la invitación de quienes nosotros tenemos mucho para aprender.

En esta jornada vamos a estar hablando de cosas vinculadas con el uso problemático de drogas. Las sustancias, contrariamente a lo que se cree, no son lo importante. Llevamos mucho tiempo dedicados a luchar contra las drogas sin advertir que las sustancias no son el problema. Llevamos un siglo de prohibicionismo, un siglo repitiendo el mensaje de "no consumas drogas", de todas las formas posibles. Se las ha ilegalizado, y constantemente en todo el mundo se inician campañas para erradicar el consumo de drogas. Un siglo de campañas en todos los medios de comunicación y ahora, además, en las redes sociales, a través de conferencias motivacionales de personas más o menos famosas que han logrado salir del uso problemático a través de la abstinencia. Constantemente se repite el mensaje: "no tomes drogas, jamás las pruebes, las drogas son malas…". Además, llevamos un siglo invirtiendo mucho tiempo y dinero, mucho dinero, muchos millones para combatir la oferta de drogas, procurando eliminar la producción, la distribución, la comercialización, dificultando lo más posible el acceso. Esta estrategia no parece haber funcionado demasiado bien. Los problemas ni siquiera han disminuido, y en este último siglo, coincidente con esta estrategia de combate, se han creado nuevos problemas que antes no existían.

Parece que no queremos tomar nota de que el asunto es que hay y habrá demanda. Y que mientras haya demanda, habrá oferta. Y que cuanto más difícil sea el acceso, más altos serán los precios, como indican las reglas más elementales del mercado y, por lo tanto, más apetitoso será el negocio para los narcotraficantes que no escatimaran esfuerzos ni sacrificios humanos para lograr sus objetivos. Deberíamos asumir, de una vez por todas, que no podemos acabar con el consumo de drogas de la humanidad.

Un mundo sin drogas no existió nunca y no existirá jamás. Las drogas están allí y son uno de los riesgos con los que habremos de convivir. Podremos no relacionarnos o podremos vincularnos mejor o peor con ellas, indistinto a lo largo del tiempo podemos aprender y también podemos caer en un pozo sin fondo de esos de soledad y de depresión. La realidad es que hay gente que usa drogas legales o ilegales. Es algo que sucede, está pasando y seguirá pasando. Hay gente que consume sustancias y que consigue experiencias placenteras y hasta, en algunos casos, espirituales; gente que consume sustancias de manera medida, ordenada, hasta podríamos decir responsable, pero también hay usos problemáticos. Y estos no se interrumpen por la voluntad de los integrantes de un equipo de salud, por más que estos sean enérgicos, y aunque transmitan un mensaje cargado de componentes morales. Estamos frente a una persona, y frente a esa persona que ha desarrollado una necesidad indispensable de consumir una droga, y no quiere o no puede dejarla ¿qué hacemos?, ¿la damos por perdida?, ¿cerramos los ojos y pretendemos que no existe? ¿Vamos a sostener que en realidad todos son susceptibles de compartir nuestra concepción teórica y de asumir nuestro plan terapéutico y que todos pueden y por lo tanto deben hacerse cargo de que ya no tienen que consumir nunca más porque nosotros les explicamos que les hace daño?, no, definitivamente, no. La verdad es que no. La verdad es que hay personas que no pueden salir de ese consumo o que no desean hacerlo y que, además, en lo posible, no lo van a hacer en el futuro, pero que igualmente, lo mismo que el que aquel que decidió que ya no va a consumir nunca más, necesita que se le cuide. Es por eso que como comunidad tenemos el deber de diseñar intervenciones sociosanitarias para trabajar sobre los factores de riesgo y sobre los factores de protección, procurando mitigar las consecuencias de los efectos, tanto de orden físico y psicológico, como de orden emocional, el hecho de sentirse disminuido, excluido,

> Hay gente que consume sustancias y que consigue experiencias placenteras y hasta, en algunos casos, espirituales; gente que consume sustancias de manera medida, ordenada, hasta podríamos decir responsable, pero también hay usos problemáticos.

prestar atención cuando hay un trabajo para cuidar, cuidar las características del relacionamiento y de la convivencia. Se necesitan, además, acciones dirigidas a los referentes socioafectivos y particularmente a su familia, que puede llegar a tener un rol fundamental y central en el acompañamiento en el camino de retorno. No es verdad que estas personas no están interesadas en cuidarse aún cuando no quieran o no puedan abandonar su consumo. No es verdad que necesitan tocar fondo para que resurja en ellas el interés de no seguir cayendo. No es verdad.

Es preciso no juzgar, sabiendo que detrás de cada persona que tiene un consumo problemático hay una historia de vida, no solamente individual, hay una historia de vida familiar y social.

En primer lugar, es preciso no juzgar, sabiendo que detrás de cada persona que tiene un consumo problemático hay una historia de vida, no solamente individual, hay una historia de vida familiar y social que muchas veces está en la base de su vínculo inadecuado con una sustancia o con otra cosa. Mientras estamos pensando en estrategias que están por encima de su voluntad, deberíamos tener en cuenta que es imprescindible un trato respetuoso, digno, humano, sensible, oportuno, que genere confianza y que tenga como norte cualquier caso, con o sin uso de sustancias, la inclusión a formar parte. Estoy seguro de que esta actividad nos puede llevar a encontrar algunas respuestas. No se trata de teoría, se trata de personas con nombre y apellido, de carne y hueso, que aún sin saberlo esperan por esas respuestas. Entonces, en lugar de cerrar los ojos habría que abrirlos. En lugar de buscar la forma de alejarlos de las sustancias, deberíamos estar preguntándonos hacia dónde tenemos que virar esta estrategia que vinimos desarrollando hace un siglo para no seguir teniendo los mismos resultados. ¿Cuáles son las inversiones que debemos realizar como sociedad? De recursos económicos, sí, por supuesto, pero sobre todo de inteligencia, de neuronas, de tiempo, de iglesias, de puentes, de poemas, de plazas, de parques, de espíritu, de lo que sea. ¿Cómo hacer para que esa persona recupere esa cuestión de reconocer en el mundo un lugar valioso? Porque en la misma medida que reconoce un lugar valioso, empieza a relacionarse de otra manera y empieza a rescatarse de la cultura de la instantaneidad, y eso implica la posibilidad de proyectarse, de reconstruir la esperanza, que es lo que a mí me parece que en algún momento se quiebra.

Tenemos que seguir buscando las respuestas, yo estoy seguro de que esta actividad nos puede ayudar a encontrarlas, pero me parece que antes sería un gran paso aprender a formularnos las preguntas. Muchas gracias, y vamos a escuchar a los que saben.

PONENCIAS

BRASIL

Dr. Mauricio Roberto Campelo de Macedo

DOCTOR EN MEDICINA, MÁSTER EN MEDICINA SOCIAL, DOCTOR EN SALUD PÚBLICA, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA Y COORDINADOR DEL OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE RÍO GRANDE DO NORTE.

Buenos días a todos y a todas, en primer lugar, quisiera agradecer a la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, por invitarme a participar en este seminario. Es un placer para mí contribuir de alguna manera a este hermoso país donde he hecho varios amigos.

La idea de gestión de riesgos y reducción de daños surgió en un contexto de dudas y cuestionamientos sobre la efectividad del carácter eminentemente represivo, de prohibicionismo, dominante en las políticas públicas. Mientras que en el prohibicionismo el centro de la preocupación son las drogas que causan daños a las personas y necesitan ser combatidas, en la reducción de daños el centro se convierte en el sujeto, la persona humana que tiene una biografía, una subjetividad, una familia, un trabajo, una cultura y una vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad expresa como los individuos en una sociedad compleja están expuestos a muchos prejuicios sociales con diferentes niveles de intensidad en el espacio y en el tiempo, y que requieren una mirada más amplia que integre las diferentes dimensiones de esta condición. Para Beck vivir en la modernidad tardía es estar sujeto a riesgos constantes, esta es la vida normal y esta es una de las vulnerabilidades que está asociada con esta normalidad. Así, la perspectiva de la gestión de riesgos y reducción de daños apunta a la necesidad de contextualizar, siempre, el uso problemático de drogas en cada situación concreta, en diferentes territorios y escenarios históricos, para comprender el significado que puede tener en cada sociedad.

La noción de gestión del riesgo se asocia a la visión epidemiológica de pensar los problemas de salud desde una perspectiva probabilística, pero también contingente, que puede inferir posibilidades de acción para prevenir o minimizar los daños a la salud de

las personas. Este conocimiento es muy útil para planificar y formular políticas públicas, pero señalamos que una probabilidad no es una certeza, sino un indicador de posibilidades. Estos indicadores de riesgo siempre deben ser validados mediante análisis cualitativos de la situación, especialmente cuando se trata de fenómenos de gran complejidad como es el caso del consumo problemático de drogas. Esos análisis deben incorporar lo contingente, del orden del contexto social, cultural, familiar, del territorio existencial, lo que no se puede medir, que es parte de las circunstancias, lo inesperado, dejando siempre un lugar en la realidad a las incertidumbres. Adoptar una visión bio, pero ingenua del análisis epidemiológico sin ahondar en los conceptos contingentes, significa tomar el riesgo de intervenir en la vida de los individuos o grupos sociales a partir de una probabilidad que puede no manifestarse concretamente en un individuo o un grupo. Esto podría contribuir al surgimiento de estigma y de exclusión social.

> La noción de gestión del riesgo se asocia a la visión epidemiológica de pensar los problemas de salud desde una perspectiva probabilística, pero también contingente, que puede inferir posibilidades de acción para prevenir o minimizar los daños a la salud de las personas.

A su vez, la reducción de daños surge como prácticas de estrategias desarrolladas en espacios territoriales locales a partir de proyectos aislados, de prescripción sustitutiva de medicamentos más leves, de cambios o distribución de insumos, entre otras acciones para minimizar el daño a la salud sin requerir la abstinencia. Pero progresivamente se empieza a resignificar en diferentes contextos y se va transformando en una perspectiva de salud pública a través de diferentes prácticas y estrategias.

A partir de las décadas de 1970 y 1980 las prácticas de reducción de riesgos y daños comenzaron a ganar más fuerza con la introducción de la idea de riesgo aceptable y riesgo inaceptable, y la asociación con el riesgo de que los consumidores de drogas intravenosas contraigan enfermedades transmisibles como hepatitis y SIDA. La reducción de riesgos, entonces, se integra a la gestión de riesgo y se convierte en una política pública amplia e intersectorial, también orientada a desarrollar estrategias

para reducir el sufrimiento individual subjetivo, promover la calidad de vida y tomar a los socialmente invisibles.

Los primeros enfoques siguen siendo importantes y se sitúan en el contexto micropolítico con acciones preventivas y de educación sanitaria. Mientras que el enfoque colectivo es parte de una macropolítica de Estado con acciones más estructuradas que no se limitan a la acción del sector salud, sino a una perspectiva de largo plazo.

Estas políticas ancladas en la reducción de daños no tienen sentido si no se definen con base a los territorios y sus situaciones concretas, y se integran en estos territorios con otras políticas públicas como las de educación, vivienda, transporte, generación de ingresos, cultura, seguridad pública, entre otros.

Es en el universo concreto de los territorios, donde los proyectos individuales y colectivos cobran vida, y se realizan las posibilidades de cambio. Se trata, por lo tanto, de actuaciones integradas de gran complejidad, que no requieren de un gran esfuerzo de actuación por parte de las entidades públicas. El sujeto, el contexto de consumo y las características de cada sustancia deben ser consideradas en una perspectiva integral y dinámica.

Es un cambio de mirada, desde una perspectiva que solo percibe a la enfermedad y la infraccionalidad, hacia una nueva mirada que va hacia percibir la problemática valorando el sufrimiento del sujeto, el contexto social y económico, político, cultural, los derechos humanos de la ciudadanía que el Estado debe garantizar. Es decir, se trata de una epistemología de la complejidad… que integra saberes y prácticas diversas, transdisciplinarias, intersectoriales, y que sustituyen la causalidad lineal y buscan dar respuestas complejas a un problema muy complejo.

El objetivo ya no es exclusivamente la abstinencia, que se convierte en una de las posibles soluciones. En este caso, los objetivos se evalúan, se negocian, se reevalúan dentro de un proyecto terapéutico. Lo que se espera es que la realización del potencial de autonomía de cada persona que sufre del consumo problemático de drogas, basada en una ética de solidaridad, la aceptación de las vulnerabilidades, la reducción del sufrimiento y el respeto a los derechos humanos de cada sujeto.

Tomando el ejemplo de Brasil, que me es familiar, se crearon dispositivos de asistencia específica dentro del sector salud para el tratamiento de problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. Los centros de atención psicosociales de alcohol y drogas, llamados CAPES, y se adoptaron también estrategias de reducción de daños integradas a las redes de atención psicosocial, las RAPS de nuestro sistema único de salud. Estas redes tienen como principal puerta de entrada la atención primaria de salud, y existen líneas de cuidados que asegura el flujo de estos

usuarios en el sistema, para garantizar una atención integral en todos los niveles de complejidad.
Cuando el individuo presenta problemas derivados del consumo de drogas, que trasciende la capacidad de atención clínica de la atención primaria de salud, se le deriva al centro CAPES más cercano a su territorio. Por lo tanto, la reducción de daños es parte de una clínica ampliada, adquiriendo un nuevo significado dentro del sistema de salud pública.
En este sentido, adquiere el significado de una práctica que articula el proyecto terapéutico singular de los usuarios con el proyecto terapéutico de los dispositivos de cuidado. En este contexto, la población que vive en la calle es identificada como la más vulnerable, exigiendo políticas específicas para garantizar su dignidad y aceptar su sufrimiento.
Ante las dificultades de acceso de esta población a los servicios de dispositivos asistenciales del sistema de salud, se crearon consultorios de calle, para brindar atención y acciones para reducir los daños en los territorios. Consiste en dispositivos móviles que llevan los dispositivos de las unidades de salud y familia a los principales escenarios de uso identificados en las ciudades, para tratar de abordar, identificar y acoger el sufrimiento de las personas, además de buscarles respuestas más inmediatas e intentar que estas personas se adhieran a ellas

> Se trata de una epistemología de la complejidad... que integra saberes y prácticas diversas, transdisciplinarias, intersectoriales, y que sustituyen la causalidad lineal y buscan dar respuestas complejas a un problema muy complejo.

Como nos dice Antonio Nery Filho, la reducción de daños en este caso adquiere también el significado de una oportunidad de encuentro entre profesionales y usuarios de alcohol y de otras drogas, que viven en la calle, de reconocimiento mutuo, de un diálogo que permita a estar personas llenar, aunque sea profesionalmente, un vacío. La búsqueda de la droga por parte del sujeto vulnerable puede ser vista como una estrategia desesperada para reducir el sufrimiento que, eventualmente, tiene un final trágico y que debe ser acogido. Además, me gustaría referirme a varias experiencias brasileras de reducción de riesgos y daños como, por ejemplo, la política pública dirigida al bienes-

tar y la dignidad de las personas en condiciones de vulnerabilidad para responder a los problemas de la población sin hogar en un territorio. Como es el caso del Programa Brazos Abiertos en el municipio de San Pablo. El Programa Actitud, y tantos otros que desarrollaron estrategias entre las cuales destaco la oferta de vivienda mediante alquiler social, empleo en servicios integrales de salud sin requerir de abstinencia. Esa sería una forma de gestionar el uso problemático de drogas en el marco de cuestiones más amplias que son constitutivas de la exclusión social de esta población que necesita sobre todo apropiarse de su vida con autonomía y autoridad.

Finalmente, nos enfrentamos a la cuestión del rol del Estado con relación a la atención de las drogas que plantea el uso problemático de sustancias psicoactivas y los desafíos para la formulación de políticas públicas que den respuesta a la problemática social que ha planteado el consumo. Primero, entiendo el desafío de la complejidad. El problema de las drogas se niega a reducirse a una cuestión restringida a los conocimientos de la práctica de una profesión de un sector o incluso un solo tipo de disciplina científica. Es un problema típico que requiere de la integración de conocimientos, de prácticas y de profesiones, y de diferentes sectores del Estado.

La propia fragmentación del conocimiento científico, de la máquina administrativa del Estado, las representaciones sociales sobre el problema, nos pone frente al desafío de la integración para atender las demandas de la complejidad.

En resumen, la transdisciplinariedad, la multidisciplinariedad, la intersectorialidad, una integración de esfuerzos que es más fácil de gestionar. La propia fragmentación del conocimiento científico, de la máquina administrativa del Estado, las representaciones sociales sobre el problema, nos pone frente al desafío de la integración para atender las demandas de la complejidad.

En segundo lugar, destaco dos grandes desafíos que están estrechamente entrelazados: el desafío del cuidado y el desafío de la formación. Teniendo en cuenta la complejidad del problema, es necesario trazar un diseño organizacional e institucional que permita la prestación de una atención adecuada en los territorios, dentro de una red de aten-

ción que garantice la integridad y fluidez de los usuarios dentro de ella, respondiendo a sus necesidades. A nivel de planificación y programación local, se deben identificar las vulnerabilidades de los vulnerados de los distintos sectores, y en cada punto de la red se necesita un profesional con la formación adecuada para desarrollar una atención con calidad, con eficacia y respeto a los derechos humanos.

En estos términos, además de las redes de atención de los sistemas de salud, es necesario la formación a través de cursos, de capacitaciones, dirigidos a profesionales de los distintos sectores involucrados con la problemática; médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, pero también docentes, profesionales en el ámbito de la justicia y la seguridad pública, líderes comunitarios, entre otros agentes sociales involucrados. El mismo encuentro entre esta diversidad de actores en estos cursos, puede servir como catalizador para soluciones innovadoras y la adhesión de formas de tratar más eficientes las relaciones humanas. Por ejemplo, en Brasil tenemos un curso que trataba de las cuestiones de esta forma, integrada con todos los agentes.

Además, tenemos el desafío de la sustentabilidad que necesita una reflexión del papel del Estado con relación al problema social que plantean las drogas, que se vuelve más complejo al organizar la intervención independientemente de cada gobierno, las coaliciones políticas en el foco, los distintos colores políticos ideológicos. La experiencia internacional nos muestra una tendencia que se ha seguido en el marco de un proceso civilizador, incluso conviviendo con políticas prohibicionistas en mayor o menos medida, la gestión de riesgos y daños se viene imponiendo como política de Estado, que trasciende las políticas gubernamentales.

Finalmente, destaco el desafío del cambio cultural, rompiendo con los prejuicios establecido y presentes.

Uruguay es un país pequeño que ha dado grandes ejemplos para el Cono Sur. Creo que este seminario es una oportunidad para encontrarnos en diálogo que pueda resultar en la promoción de un pacto que trascienda de las diferencias y consolide una política pública sólida guiada por la gestión de riesgos y reducción de daños, como política que moviliza la solidaridad, el deseo de libertad, democracia, circulación de afectos. Muchas gracias.

ARGENTINA

Dr. Roberto Canay

DOCTOR EN PSICOLOGÍA, MAGÍSTER EN SALUD MENTAL, ESPECIALISTA EN TRATAMIENTO COMUNITARIO, DIRECTOR DEL CAPÍTULO DE LA RED NACIONAL DE ADICCIONES DE ARGENTINA Y DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN FORUM VITAE DE LA OBRA SOCIAL FERROVIARIA OSFET, CONSULTOR DE ORGANISMOS GUBERNAMENTALES, NO GUBERNAMENTALES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES. ES DOCENTE TITULAR DE GRADO Y POSGRADO EN UNIVERSIDADES DE ARGENTINA, ESPAÑA Y URUGUAY. ENTRE EL 2015 Y EL 2019 FUE SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y DE TRATAMIENTO DE LA SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS (SEDRONAR), DE ARGENTINA. ANTERIORMENTE, FUE DIRECTOR DEL OBSERVATORIO DE ADICCIONES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES E INVESTIGADOR DEL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIATRA DEL CONASEV. MIEMBRO DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA REVISTA ACTA PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA Y DE LA REVISTA CIENTÍFICA EUROPEA ADDICTOLOGY.

Agradezco a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación y felicitarlos por esta iniciativa e intercambio tan necesario. Hablando de reducción de riesgos y daños, creo que es importante situarnos en que esto tiene que ver con una óptica de salud pública. Hablar de reducción de riesgos y daños es hablar de salud pública y, sobre este enfoque, lo que hacen las políticas públicas sobre drogas. Realmente el hecho de un documento como el de UNGASS 2016 marca un precedente fundamental porque, entre otras cosas, habla de equilibrio entre la oferta y la demanda, del enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, y como decía el tema de que el abordaje debe ser desde la salud pública.

Sobre esto quiero destacar algo que es sobre cómo ha evolucionado en el tiempo el concepto de reducción de riesgos, y las estrategias y abordajes de la reducción de riesgos y daños. Ha habido una evolución en el tiempo, pero cuando se llega acá es importante saber que a este documento del 2016 se llega a través de un consenso. Para llegar a él se discutió mucho. Hay que destacar que fue una iniciativa de países de Latinoamérica y se llegó a un consenso de los 193 países miembro de las Naciones Unidas. Esto no

se discute, porque hay un consenso de 193 países y que llevó mucha discusión, este es un piso básico. Sobre esto hay un acuerdo y a partir de aquí podemos comenzar a hablar.

Cuando hablamos de reducción de riesgos y daños lo pensamos desde una perspectiva de salud pública y ¿qué abarca un enfoque de salud pública en las drogas? Lo que tiene que ver con la prevención primaria, la reducción de riesgos, la rehabilitación, la asistencia.

Como vemos, el enfoque de salud pública contempla siempre todo lo que tiene que ver con reducción de riesgos y daños. Sobre todo, porque cuando hablamos de salud pública también hablamos de un aspecto demográfico, el responsable de un sector de salud es responsable de toda esa población. En esa población siempre tenemos una diversidad inmensa de diferentes situaciones, complejidades, contextos, niveles de severidad de la problemática. Como responsables de salud pública o de una política pública sobre la temática de drogas, hay que contemplar toda esa complejidad y toda esa diversidad.

Cuando hablamos de reducción de riesgos y daños lo pensamos desde una perspectiva de salud pública y ¿qué abarca un enfoque de salud pública en las drogas? Lo que tiene que ver con la prevención primaria, la reducción de riesgos, la rehabilitación, la asistencia.

Estos son los preceptos fundamentales de la salud pública que debe cumplir la política de drogas. Como vemos hay muchas que tienen que ver y que están vinculadas con el enfoque y con las estrategias de reducción de riesgos y daños, por ejemplo, si hablamos de enfoques centrados en las personas y de derechos humanos, desde las estrategias de reducción de riesgos y daños se acerca y respeta que las personas que consumen sustancias psicoactivas no pueden o no quieren dejar de consumir en determinados momentos. En muchos casos el abuso de sustancias permite controlar y hacer frente a determinadas problemáticas psicopatológicas y esto se considera especialmente, y sobre esto hay mucho publicado en revistas científicas, para trastornos de ánimo y afectivos. Si uno está llevando adelante un tratamiento, no se le puede exigir a la persona que abandone el mecanismo principal de soporte, como una condición para acceder a la primera etapa del

tratamiento, porque esto puede generar una crisis psiquiátrica, psicológica y, generalmente, esas acciones generan altas tasas de abandono.
Entonces, en estas situaciones la abstinencia debería ser un objetivo secundario, a largo plazo, iniciado con cautela y con el consentimiento de la persona que está en tratamiento.
El tema de determinantes sociales, económicos y ambientales tiene que ver con las estrategias de reducción de riesgos y daños que muchas veces en los consumos funcionan como soporte a situaciones críticas, el doctor mencionó el ejemplo de las personas en situación de calle, determinados consumos uno los entiende entendiendo ese contexto. Por eso muchas veces se plantea y se propone que las políticas no pueden ser independientes de contemplar estos contextos o estas situaciones sociocomunitarias.
El tema de la equidad. Cuando los servicios de reducción de riesgos y daños no son una opción, un consumidor problemático que no está preparado o no quiere dejar de consumir, no tiene opciones de tratamiento, y eso va en contra de la equidad. Entonces, creo que muchos de estos puntos que tienen que ver con la salud pública, se corresponden entonces con lo que tiene que ver específicamente con estrategias de reducción de riesgos y daños. Estos son elementos esenciales de la salud púbica en una política integrada sobre drogas, reducción del consumo, reducción de la vulnerabilidad de riesgos, tratamiento y atención de los daños, acceso a medicamentos controlados.

Claramente, lo que quiero destacar es que al hablar de reducción de riesgos y daños estamos hablando dentro del enfoque de salud pública, y este enfoque es algo, hoy en día, altamente consensuado por todos los países que firmaron el documento de UNGASS.

Claramente, lo que quiero destacar es que al hablar de reducción de riesgos y daños estamos hablando dentro del enfoque de salud pública, y este enfoque es algo, hoy en día, altamente consensuado por todos los países que firmaron el documento de UNGASS y, por lo tanto, creo que es un tema que a esta altura ya no está en discusión.
Sí queda mucho por implementar, pero no queda lugar a la discusión sobre esa afirmación.
Entonces, ¿qué es la reducción de riesgos y daños? Las políticas de reducción del riesgo

se definen como las políticas o programas que se basan en la prevención de riesgo o daño causado por el alcohol u otro uso de drogas, y las estrategias de la reducción de riesgos presentan algunas ventajas en la medida que los comportamientos de riesgos son generalmente más inmediatos y fáciles de mesurar que los comportamientos que producen daños. Las políticas y los programas de reducción de daños, por otro lado, se centran, directamente, en la reducción del daño causado por el consumo de alcohol y de otras drogas para el individuo y la comunidad. El término se utiliza principalmente aplicado a las políticas y los programas destinados a reducir el daño, sin necesariamente requerir abstinencia. En un documento, Melanie Wall introduce la explicación, para aclarar un poquito la diferencia, en donde dice: "la reducción de riesgos está orientada por el principio de minimizar el potencial efecto negativo del uso de drogas y en la reducción de daños el objetivo es la reducción de las consecuencias negativas vinculadas al uso de drogas para el individuo consumidor o para la comunidad".

Algunos de los principios básicos, principios de un documento de la British Columbia Canadiense, donde dice que estos son los puntos principales dentro de los que se enmarca la estrategia de reducción de riesgos y daños. Por un lado, pragmático, la reducción de daños acepta el uso no médico de sustancias. Es un fenómeno humano casi universal, entonces, desde ese punto de vista la reducción de daños es un fenómeno complejo y multicausal, y que abarca un continuo de comportamiento, tanto desde la abstinencia hasta la dependencia crónica, y produce diversos daños a nivel social y comunitario.

Entonces, es un enfoque complejo y diverso que busca intervenir desde lo primero que tengo a mano para trabajar otro tema, es el enfoque de derechos humanos, que es un eje fundamental de la salud pública y que también es una de las definiciones fundamentales de UNGASS 2016. El foco en tratar los daños. La prioridad está en disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas para el usuario, y ahí está uno de los puntos fundamentales. Por ahí se comienza. Maximizar las zonas de intervención, esto tiene que ver con la diversidad y con la complejidad de la problemática, en donde necesitamos cubrir todos los niveles de necesidades y todos los niveles de severidad y complejidad del problema. Priorización de los objetivos inmediatos, en donde la idea es jerarquizar pasos alcanzables. Se comienza por dónde está la persona en el uso de sustancias y con el foco inmediato en las necesidades más urgentes. Depende de la situación y del contexto.

Otro tema importante en la salud pública es el tema de la participación de los usuarios en las intervenciones, lo que no es un tema menor. Esta participación activa es un tema fundamental en la estrategia de reducción de riesgos y daños, y es fundamental el reconocer, el saber que tienen como aporte para todo lo que tiene que ver

con sistemas de atención y tratamiento e incluso de prevención. Ahí hay que saber que no se puede desaprovechar. Y, por otro lado, esa participación también empodera al colectivo de usuarios.

Algunas evidencias, y esto es importante, las políticas deben estar basadas en evidencias. Nordt y Stohler son dos psiquiatras suizos que tienen algunas publicaciones de cómo se redujo de manera notable el número de personas que consumía drogas en la calle. Se disminuyeron a la mitad las muertes por sobredosis y las infecciones por VIH SIDA y hepatitis. Así como también se retrasó el inició del consumo de heroína y la delincuencia relacionada con la adquisición de la droga. En Australia, Ritter y Cameron coordinan un centro de tratamiento y tienen una publicación en donde hacen referencia en cómo mediante la perspectiva de reducción de daños se pueden desarrollar aproximaciones para abordar violencia y lesiones derivadas de esta, así como accidentes de tránsito, con muy buenos resultados. Quiero destacar que estas son publicaciones de revistas científicas que dan cuenta de los resultados y del impacto de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

> Es muy importante fortalecer todo lo que tiene que ver con el rol de los observatorios nacionales en lo que hace a estrategias de seguimiento y evaluación de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Este último es un caso de Escocia, en donde la reducción es la estrategia, realmente tuvo un impacto muy fuerte sobre todo porque se focalizó en determinados grupos de hogares y tuvo realmente un impacto importante en la reducción del consumo de alcohol en esta área pragmática.

Creo es importante el tema de la evidencia, en este contexto los desafíos que me parece que podríamos tener a futuro, dado este eje de salud pública estrategia de reducción de riesgos y daños, y de consenso sobre este aspecto. Creo que hoy en día es importante la incorporación en los planes nacionales o en las estrategias nacionales como estrategia transversal, todo lo que tiene que ver con estrategias de reducción de riesgos y daños.

En segundo lugar, el tema del otro punto de desafío es mejorar la cobertura. Se necesitan estrategias que incorporen toda la red de sectores, que trabajen integradamente para ver y tener mayor impacto. Y, por otro lado, hay poca evidencia, y creo que por los relevamientos que he hecho en los últimos años, casi nada publicado en América

Latina sobre experiencias de la región. Entonces, es muy importante fortalecer todo lo que tiene que ver con el rol de los observatorios nacionales en lo que hace a estrategias de seguimiento y evaluación de las estrategias de reducción de riesgos y daños. Necesitamos tener más evidencias en la región, sobre todo por este punto.

Uruguay tiene un observatorio bastante robusto desde hace mucho tiempo, tienen un sistema de detección temprana muy bueno, entonces, creo que países de la región como es el caso de Uruguay, tienen todas las condiciones y posibilidades de fortalecer todo lo que son los sistemas de evaluación de impacto de este tipo de experiencia. Pero creo que es muy importante, debido al consenso y a la importancia del concepto de salud pública, la incorporación en los planes nacionales. Salir de las experiencias aisladas y de vieja cobertura, y realmente fortalecer todo lo que tiene que ver con evaluación y evidencias en la región sobre el desarrollo y el impacto de las estrategias de reducción de riesgos y daños. Muchas gracias.

URUGUAY

Dr. Ricardo Bernardi

MÉDICO PSIQUIATRA. MAGISTER EN PSICOANÁLISIS (APU). DOCTOR EN PSICOLOGÍA (UBA). PROFESOR EMÉRITO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. INVESTIGADOR DE LA AGENCIA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN DEL URUGUAY (ANII). MIEMBRO DE HONOR DE LA ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DEL URUGUAY. MIEMBRO DE HONOR DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY. MIEMBRO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY. CONSULTOR DEL COMITÉ DE OBSERVACIÓN CLÍNICA DE LA ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA INTERNACIONAL (IPA). PREMIOS: SIGOURNEY AWARD (1999). EXTRAORDINARILY MERITORIOUS SERVICE TO THE IPA AWARD (2021).

Muchas gracias por la invitación, me siento muy honrado. Quisiera retomar lo que acaba de decir el doctor Canay que me parece muy en continuidad con lo que se planteaba al principio de esta reunión, en la sesión inicial, porque de la Estrategia Nacional de Drogas, que creo que coincidió con lo planteado en la mesa inicial, hay un punto que parece central, que me parece que es ver este fenómeno complejo, dinámico, que abarca distintas áreas, pero que necesita evidencia científica.

No voy a hablar como experto en drogas, no lo soy, aunque me encontré con estos problemas a lo largo de toda mi carrera profesional, sino desde el campo de la salud y salud mental y, sobre todo, que es el trabajo de este año en la Academia Nacional de Medicina, en la mejora de la calidad de la atención en la salud. Por eso, destacamos muchísimo lo que tiene que ver con lo que se hacía referencia al tema evaluación. Creo que también en esto resumo lo que fue el trabajo de la academia. Tenemos que basarnos en evidencia científica. Por ejemplo, si vamos a discutir sobre el uso medicinal del cannabis, tenemos que empezar por graduar el tipo de evidencia, hay distintos criterios, hay expertos en el tema, no lo soy tampoco, pero vamos a ver qué evidencia hay disponible, porque el nivel de la calidad de la evidencia puede ser la fuerza de la recomendación, vamos a recomendar algo en la medida que tengamos mayor apoyo, y ese apoyo tenemos que graduarlo con acuerdos sobre cómo evaluar primero la calidad de la evidencia. Entonces, creo que el criterio, dicho al principio, del pragmatismo y

de usar las neuronas para ver qué hacemos, como dijo muy bien el doctor Cipriani, a problemas que son más grandes que los recursos, necesitamos acuerdos en los procedimientos más que principios doctrinarios, pero muchas veces no tenemos suficientes acuerdos.

Estos dos años me dieron una experiencia muy rica de trabajo en el GACH (Grupo Asesor Científico Honorario) que colaboró con el gobierno en el tema del Coronavirus, y tuve que trabajar con científicos con mucha formación en estos campos, en los cuales encontramos que el lenguaje de la evidencia y de la evaluación era la forma que nos permitía comunicarnos.

Mi experiencia, además, empezó en el 86 como delegado de la Facultad de Medicina en el Plan Institucional de Salud Mental, muy afín a la actual Ley de Salud Mental.

Yo aprendí de una técnica chilena que fue llamada como asesora. Ella preguntó: "¿de qué recursos partimos?, ¿con qué recursos vamos a hacer el plan?"

Esto no era un plan, esto era una expresión de deseo, un ideal. Pero el plan implica qué vamos a implementar, cómo vamos a monitorear y cómo lo vamos a evaluar. Por eso, me alegro mucho de que este tema esté destacado en el Plan Estratégico de la junta, donde se destaca específicamente la necesidad de monitoreo y evaluación.

> A problemas que son más grandes que los recursos, necesitamos acuerdos en los procedimientos más que principios doctrinarios, pero muchas veces no tenemos suficientes acuerdos.

Pero partamos de la realidad, ¿qué pasó en la pandemia?

El consumo de alcohol, tabaco y cannabis no cambió mucho, curiosamente subió en los consumidores más fuertes y habituales, curiosamente, alcohol subió en algunos grupos y el cannabis en los consumidores más fuertes y habituales, pero en tranquilizantes durante la pandemia aumentó el consumo y un poco en antidepresivo, con prescripción y sin prescripción, o sea, ¡atención!, estamos en una población que aumentó el consumo sobre todo de psicofármacos. Las pesadas, alucinógenos, cocaína, éxtasis y otras, no subieron, más bien tendieron a bajar, comportamiento que tenemos que ir pensando en esta evaluación y monitoreo, y tomar el pulso al enfermo.

Por otra parte, dentro del GACH impulsamos un grupo de trabajo independiente que

en el primer semestre del 2021, con un pico de casos más alto, encontramos datos de la encuesta del observatorio en donde un 28 % de la población en el test de Golberg, que es el test más usado para medir malestar subjetivo que equivale prácticamente a casos que necesitan asistencia psiquiátrica, encontramos un 28,7 %, recuerden que 28,2 % es la prevalencia de vida de los psicofármacos, lo que comprobamos es que el mayor malestar era en los sectores carenciados, mayores en jóvenes y coincide con atención psiquiátrica.

La pregunta fue, ¿qué le estamos ofreciendo a esta población con malestar? ¿Psicofármacos, droga, psicoterapia, apoyo social (que va desde lo material hasta lo espiritual)? La necesidad del Hombre de darle sentido a su existencia, y de la sociedad de sostenerse mutuamente en metas e ideales compartidos.

Tenemos un problema social, tenemos un problema de drogas, tenemos un problema de salud mental, tenemos un problema social mucho más amplio. Creo que vale la pena ver el tema en su conjunto. Partamos de Uruguay que está en este momento en un respiro cuanto a la pandemia.

> Tenemos un problema social, tenemos un problema de drogas, tenemos un problema de salud mental, tenemos un problema social mucho más amplio. Creo que vale la pena ver el tema en su conjunto.

Planear con base en evidencia científica, en esto es en lo que me quiero centrar, es necesario, pero no alcanza. Porque tenemos que aprender de lo que hacemos de forma progresiva y continua, qué sirve y qué no sirve.

Este ciclo de PDCA (planear, hacer, chequear y actuar), viene después de la Segunda Guerra Mundial, se usó para rehabilitar industrias, países destruidos, se está usando en medio ambiente y en salud hay montones de publicaciones que insisten en que hace falta planear, hacer, verificar y volver a actuar. Y esto es lo que quisiera, humildemente, proponer para las drogas. Partir de objetivos factibles, evaluables, no nos sirven objetivos que no sean medibles, que no sean factibles. Cuando digo medibles también me refiero a investigación cualitativa. Objetivos que sean bien delimitados y según cada caso. Y una gestión de recursos que integre a los distintos actores de la población y de la corrección, porque el paso siguiente, es monitorear si cumplimos con los objeti-

vos. Todos en Uruguay miramos con temor que esta ley de salud mental nos lleve de una gran colonia a mini colonias en que las casas de camino se conviertan en nuevos hospitales o asilos psiquiátricos. Todos tememos eso, pero la única forma de saber que esto no va a ocurrir es monitoreando, y esto nos va a llevar a adoptar, adaptar o a abandonar qué aspectos del plan.

Entonces. ¿Cómo aplicamos esto? Yo creo que tenemos grandes polos en esta evaluación, el monitoreo integrado a la gestión como proceso de mejora continua, los distintos trabajos. Esto exige que tiene que ser parte de la rutina, comprometer a todo el personal y que cada ciclo tiene que guiar los ciclos siguientes. Esto no se opone a evaluaciones externas, independientes, a cargo de agencias nacionales por la junta de drogas, o internacionales, etc. Entonces, ¿Dónde estamos hoy? Tomemos a la experiencia de Uruguay. El alcohol lo pondría en el otro extremo. Si ustedes leen la Ley sobre alcohol del 2019 en el artículo 2 hay un montón de medidas que se establecen, desde prevenir el consumo problemático, etc., etc., qué no sé con qué recursos, con qué personal ni cómo se va a implementar. Si la experiencia en el control de vehículos resultó, según la impresión subjetiva de toda la población, me parece, que algunos ponen en duda y que requerirán de esta evidencia. Lo que estoy proponiendo es tomar conductas de intervención, ir a lo micro y evaluar qué funciona, qué no funciona.

Cannabis es una experiencia piloto en Uruguay, pero no nos olvidemos que en el artículo 1 de la Ley de cannabis se hace referencia a reducir riesgos, reducir daños, promover información, educación y prevención, tratar de rehabilitar y reinsertar. Cuando en el 2018 la Presidencia de la República convocó a la Academia de Medicina, a legisladores, a autoridades de la enseñanza y a diferentes figuras del ámbito nacional para un ámbito multisectorial juntamente para el abordaje de riesgos y daños del proyecto de la Junta Nacional de Drogas, se creó un panel de expertos. Se convocó a todos los que tuvieran que ver con cannabis, vinculados al ámbito académico. Y había, en esto de la reducción de daños, una serie de claro oscuros, una impresión de que era una ley que probablemente estaba ayudando, que había que evaluar sus efectos, una evaluación externa, pero que había puntos muy concretos que había que centralizar. No había consciencia, y no sé si la hay hoy, de que hay una adicción al cannabis, que mucha gente la sufre y con consecuencias, de que había forma de detectar esto, que los envases debían tener una advertencia como los del tabaco, que hacía falta educación, el uso no intencional en niños, y el uso en adolescentes, donde sí está comprobado que afecta en el desarrollo neuronal. Hasta los 20, 30 años, el cerebro está muy vulnerable. Esto no está difundido en la población. Entonces, estos eran puntos donde este ciclo de PDCA había que monitorear y adaptar las acciones a donde se fuera detectando ese monitoreo que es el central eje de lo que se quiere decir.

Monitoreemos qué funciona, qué no y actuemos en consecuencia. Este monitoreo de puntos críticos y evaluación de resultados sería el eje. No hay políticas sin monitoreo.
En psicofármacos todos son trabajo en los últimos años sobre la pregunta de si no habrá un problema de salud pública del uso de psicofármacos, creo que las cifras son bastante claras.
Con las drogas pesadas es un gran drama para el país, un drama personal para los que atendemos y sobre todo para las familias. Queda una lucha larga y difícil en la que tenemos que priorizar lo factible y lo modificable.
En conclusión, metas evaluables para generar procesos continuos y progresivos y mejora de la calidad de las personas.

URUGUAY

Dra. Raquel Peyraube

DOCTORA EN MEDICINA, ESPECIALISTA EN ENDOCANNABINOLOGÍA Y USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS. FUNDÓ Y FUE LA PRIMERA PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE ENDOCANNABINOLOGÍA, MIEMBRO DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE MEDICAMENTOS CANNABINOIDES Y MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE CANNABINOIDES. ES MIEMBRO DEL CONSEJO EDITORIAL DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS EN MEDICAL CANNABIS Y LA REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIAS CLÍNICAS Y TECNOLOGÍA MÉDICA. ES DIRECTORA ACADÉMICA DE LA DIPLOMATURA DE ESTUDIOS AVANZADOS EN ENDOCANNABINOLOGÍA, CANNABIS Y CANNABINOIDES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, ARGENTINA, Y COORDINADORA GENERAL DEL DIPLOMADO EN ENDOCANNABINOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MÉXICO.

A lo largo de su carrera estuvo involucrada en capacitación, prevención, tratamiento y reducción de daños con relación con las drogas, y en desarrollos teóricos y metodológicos e innovadores con énfasis en cuestiones éticas que le valieron reconocimiento nacional e internacional. Asesora de proyectos regulatorios de la Ley de Cannabis en distintos países, incluyendo a Uruguay, ha participado en equipos de investigación orientados a trabajar sobre modelos regulatorios del cannabis como el modelo cannabis de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, y de la Universidad de Georgetown de Washington. Conferencista activa, actualmente dedicada a práctica clínica en endocannabinología, la educación médica y el asesoramiento en la reforma de políticas de drogas hacia modelos más eficientes humanitarios, pragmáticos y basados en la ciencia y la ética de la salud pública.

Buenos días, gracias por esta invitación. Agradezco a los organizadores y, sinceramente, a la selección de los compañeros de palestra. En general nos pasa que no vemos en este tema tanta consistencia y coherencia. A veces es necesario el disenso. No todo el mundo está de acuerdo con la visión de la gestión de riesgos y la reducción de daños, pero lo cierto es que era importante establecer una línea base conceptual, que fue lo que me pidieron. Lo que se me pidió es que hablara de la sistematización conceptual de definiciones y conceptos y los aspectos éticos. Dado que muchos de los colegas que me precedieron también conocen de estas cuestiones y las citaron, va a ser más sencillo y tal vez eso me permita contarles alguna experiencia de las que he vivido. A veces lo que nos pasa es que hay mucho teórico que habla de reducción de daños, pero los que se hayan remangado y estado en territorio somos muy pocos. Y debo decirlo porque recién uno empieza a entender cabal y empáticamente qué es lo que uno logra hacer con estas intervenciones, es trabajar con los usuarios, y tuve la suerte, como lo planteaban en la presentación, que tanto en el Hospital Universitario de Ginebra, en las entregas de jeringas, en los barrios más marginales de París, en las favelas de Bahía, en el Programa Brazos Abiertos, me puse un poco nerviosa porque en la mayoría de los programas que han nombrado, estuve. Así que, como siempre digo, soy medio UN dinosaurio, pero no en vías de extinción. Estoy en esto desde el año 1987. Hice todo el tiempo donde empieza a parirse la reducción de daños. Empieza en los ochenta con la epidemia de SIDA. En realidad, no tuvo que ver, seamos honestos, esto fue parte de la discusión que tuvimos con los políticos europeos que fueron los que empezaron estas cuestiones. Empiezan en la Municipalidad de Amsterdam con Ernst Buning, con Annie Mino en el Hospital Universitario de Ginebra, con Lia Cavalcanti en el 19eme arrondissement de Paris.

> Ejercer una medicina responsable tiene un impacto político sí o sí. Ese es un gran discurso de cómo se está manejando el tema del cannabis hoy por hoy.

Tuvo que ver con la epidemia de SIDA, y no era porque importaran los usuarios. Hoy Campelo habló de la resignificación y también lo habló Canay y por suerte cuando nosotros empezamos a trabajar en este tema, en los ochenta, el tema era el intercambio de jeringas y el HIV. Cuando los uruguayos, los latinoamericanos, hablábamos

de la cocaína, hablábamos de la pasta base, del alcohol, del tabaco, los europeos nos miraban raro, decían ¿cuál es el problema con esas sustancias? No había otra cosa que heroína. Les estoy hablando de la competencia mundial de la reducción de daños, pero, por suerte, rápidamente, cuando ellos empiezan a tener el problema de la cocaína nos empiezan a escuchar a los latinoamericanos y se empieza a resignificar.

Vamos a hacer un pasaje de lo que son las definiciones y a partir de eso ir bajando un poco a tierra, ejemplificando cada cosa. Lo primero es que quiero declarar mi conflicto de intereses. Yo creo que es algo que debemos empezar a hacer con más frecuencia los latinoamericanos, raramente declaramos nuestros conflictos de interés crudo, y me parece que en honestidad del auditorio debemos decirle cuál es nuestro sesgo. En este tema la verdad es que no tengo conflictos de interés a destacar, y además no he recibido ninguna compensación por participar en este panel.

La política de drogas a mí me gustó siempre. Me salió ese ser político que uno tiene adentro. Por suerte uno empieza a escuchar cada vez más gente que dice que la medicina es política, y es cierto. Ejercer una medicina responsable tiene un impacto político sí o sí. Ese es un gran discurso de cómo se está manejando el tema del cannabis hoy por hoy. Nos olvidamos del tema de salud pública, estamos muy centrados solo en derechos, y luego vamos a ver que no hay un equilibrio entre derechos humanos, y que haya responsabilidad política en cuanto al abordaje de seguridad y salud pública, por cosas que no eran las que habíamos planificado cuando conocimos la ley.

Me gustó mucho cuando habló Ferrés que dijo, la realidad no es lo que me gustaría que fuera, apenas es lo que puede ser, y muchas veces la idealización de la situación es lo que ha hecho de la gran ineficacia de las políticas de drogas. El mundo sin drogas, la idealidad de un mundo ideal, que no tiene que ver con un ideal de ser humano ni con un ideal ético, tiene que ver con un ideal social, judeocristiano, blanco, clase media, y de media para arriba; poco tiene que ver con los diferentes grupos sociales, con las diferentes culturas. Yo siempre digo que las políticas de drogas son hegemónicas, porque lo siguen siendo. No es cierto que Uruguay cambió el paradigma; Uruguay con esa ley del cannabis hizo una excepción para el cannabis a la prohibición, pero solo aplica al cannabis. Entonces, no cambiamos todavía el paradigma, y eso hace que tengamos las dificultades que tenemos para implementar reducción de daños, porque esta reducción va de la mano de un cambio profundo del paradigma.

Es aceptar que el consumo de drogas es una realidad y que no es verdad que siempre sea problemático. Muchos de los que estamos acá consumimos drogas y acá estamos. Muchas de las personas que consumen habitualmente votan nuestras leyes en el Parlamento. Tampoco con un uso problemático está disociado de la posibilidad de saber,

de entender y de intervenir, va a depender del área que se afecte.

El modelo de intervención con el que nosotros decidimos que vamos a actuar, va a ser tanto más adecuado cuanto más modifique esa realidad que pretendemos modificar. Lo cierto es que los modelos basados estrictamente en la reducción de la oferta, en la reducción de la demanda y el prohibicionismo, no funcionan. Todo lo que nos dijo y se nos prometió no se cumplió. Ni que bajó el consumo de drogas, ni que se redujo la cantidad de droga, cada vez hay más cantidad de sustancias, son incontrolables … Entonces, con los resultados actuales, si no hacemos una revisión, pero ya no teórica, yo espero que este foro sea el piso para empezar a implementar la gestión de riesgos y reducción de daños, no en una expresión de intenciones ni solamente un ejercicio intelectual, si no se baja a tierra con implementaciones en diferentes niveles de intervención sigue siendo una expresión de deseo, pero de ninguna manera una política. Las políticas requieren una asignación de recursos y lamentablemente Uruguay hasta ahora se ha caracterizado por políticas de este tipo, pobres para pobres.

> ... espero que este foro sea el piso para empezar a implementar la gestión de riesgos y reducción de daños.

Si queremos cambiar la realidad debemos apostar. Si es un problema que nos está incidiendo en accidentes de tránsito, en costos de salud pública, en violencia de género, en violencia doméstica. Si es tan importante vamos a tener que demostrar con los recursos que asignamos la importancia que le damos. Es una realidad imperativa que venimos diciendo desde los ochenta, y yo sigo diciendo exactamente lo mismo que decía en los ochenta. Nada ha cambiado.

Algunas de las referencias bibliográficas las pasé a propósito, que son muy vigentes, son de los noventa, mi publicación más joven en este tema es del 2003. “Ética, teoría y práctica de la reducción de daños” publicada en Tendencias, y seguimos diciendo lo mismo, pero no ha habido una sola gestión que no hubiera hablado de la expresión reducción de daños. Reducción de daños no es folletería, ¿saben qué hace un usuario de drogas con la folletería que le damos en la reducción de daños? Hace el canuto para esnifar.

La folletería sirve cuando nos sentamos con ellos a conversar. El folleto, el trabajo escrito, porque muchos ni se acuerdan de comprensión lectora, es un instrumento, un

vehículo de comunicación, no es la intervención. No debemos tranquilizar nuestra conciencia con que repartimos folletos. Reducción de daños es insumos, boquillas de silicona para que no se quemen con pasta base, intercambio de jeringas, preservativos, vacunación. Reducción de daños es medicina. Yo sé que ciertos colegas míos se horrorizan con esto, y se siguen horrorizando. Cuando uno dice reducción de daños es la prevención secundaria convencional, la clásica. El problema está ahí, qué hacemos para reducir su impacto.

La reducción de daños se agrega a las demás políticas, a la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. En general se dice que son políticas derivadas de la resignación; si hay alguien que no somos resignados somos nosotros, porque no tenemos ninguna duda que todo sujeto, aunque consuma drogas… hay algo positivo que podemos hacer y modificar su calidad de vida y sobrevida. Eso no es resignación. No competimos con la reducción de la oferta y la reducción de la demanda, simultáneamente se agrega a esos ejes, directrices. No nos olvidemos que en cualquier momento solo 10 % de las personas que usan drogas están preparadas para dejar de consumir; 10 %.

> Hablamos de un uso problemático cuando el consumo de una sustancia ha impactado en una o más de las cinco áreas vitales del sujeto: salud psíquica y la física, relaciones próximas, relaciones ampliadas y pragmatismos complejos, aspectos económicos y legales.

En una oportunidad le dije a una senadora que en realidad me salía caro su salario, porque la verdad pagamos nosotros los salarios, porque solo quería legislar para el 10 % de la población. Cuando uno piensa solamente en reducir la demanda, está parado solamente en el 10 % de la población que usa drogas. La reducción de daños atiende al 90 %, y no es cierto que sea solamente para los usos problemáticos. Reducimos los daños de cualquier consumo, tampoco es de la dependencia, como se suele decir. Si una persona que no es alcoholista hoy fue a una fiesta y tomó alcohol, tiene un accidente, hubo un daño que no se redujo. El uso problemático puede ser dependiente o no dependiente. Lo que tiene de bueno la reducción de daños es que nos alcanza a todos, como nos alcanzó la del tabaco, como nos alcanzó la del alcohol, pero en ellas sí se han tomado medidas porque son drogas lícitas.

O sea que parte del problema es la legalidad de las drogas, y no tengo ninguna duda. La mitad de los problemas que tienen las personas que usan drogas están vinculados a la ilegalidad. No tiene calidad lo que consumen, y eso es reducir daños. La reducción de daños lo que hace es completar el continuum de la política y opera maravillosamente el ciclo de cambio de Prochaska y Diclemente, que la gente lo usa solo para dejar de consumir. Eso es parte del ciclo de cambio de una conducta adictiva. Lo cierto es que la reducción de daños puede operar en todo el circuito, y los programas de abstinencia deberían incluir educación en reducción de daños, porque la recaída es un evento fuerte del proceso adictivo. Vamos a tener que identificar cuál y cuantificar para poder disminuir, pero tenemos que partir de un diagnóstico y planificar las intervenciones. Cuáles son los daños que pretendemos evitar. Hablamos de un uso problemático cuando el consumo de una sustancia ha impactado en una o más de las cinco áreas vitales del sujeto: salud psíquica y la física, relaciones próximas, relaciones ampliadas y pragmatismos complejos, aspectos económicos y legales. ¿Y cómo lo vamos a hacer?, incidiendo en estas cuestiones, pero a partir de intervenciones sumamente pragmáticas. Y cuando a veces se me ponen muy románticos y me dicen que el pragmatismo está vacío de contenidos es una barbaridad. He visto las intervenciones más sublimes, humanitarias, próximas y empáticas a través de entregar un preservativo, de dar una jeringa o, como hice yo, de inyectar heroína a usuarios.

Y el último mito que me voy a ocupar de desarticular es decir que la reducción de daños aumenta los consumos. Todos los países europeos y los suizos los podemos evaluar en sus políticas. En los ochenta se cerraban todos los tratamientos de abstinencia porque no tenían "clientes", a partir de los noventa sí tuvieron. Después del noventa y cinco se tuvieron que empezar a abrir nuevos programas de tratamiento. No solo los de metadona y heroína, de abstinencia, el gran proveedor de clientes a la abstinencia es la reducción de daños, porque solo quien se encuentra preparado para parar de consumir, que es también lo que podemos hacer en la reducción de daños, va a ser una persona con mayores probabilidades de éxito en abstinencia, sabiendo, además, que la pérdida es un elemento posible y no por eso es un fracasado.

Los tres sentimientos que debemos evitar en un programa de drogas, para evitar la recaída, son los más estimulados: culpa, idea de fracaso y no autoeficacia. "No podés con las drogas", no autoeficacia; fracaso, "una vez más perdiste"; y culpa, "si me quisieras no lo harías". Estas son barbaridades que profundizan la no salida. En reducción de daños trabajamos desde la otra perspectiva: desculpabilizando, responsabilizando y con acciones participativas, como hoy bien lo dijeron.

URUGUAY

Dr. Antonio Pascale

DOCTOR EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA. PROFESOR DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, COORDINADOR GENERAL Y DOCENTE DEL CURSO ESPECIALIZADO EN DROGODEPENDENCIAS DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO. MIEMBRO DEL COMITÉ DE EXPERTOS EN FARMACODEPENDENCIA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. EX PROFESOR ADJUNTO DEL DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, Y ACTUALMENTE DIRECTOR DEL CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA DE LA RED DE DROGAS PORTAL AMARILLO.

Expreso mi agradecimiento a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación. Nuestra presentación se centra en un enfoque toxicológico clínico sobre la gestión de riesgos y reducción de daños. Voy a referirme a aspectos clínicos generales de estos modelos paradigmáticos que ya fueron analizados, y a algunos aspectos médicos toxicológicos específicos relacionados a la temática.

Existen múltiples definiciones de gestión de riesgos y reducción de daños. Hace 20 años se limitaba al término de reducción de riesgos y daños, o reducción de daños, y luego se introdujo, de forma más reciente, el concepto de gestión de riesgos. Primer concepto: los clínicos gestionamos riesgos con los pacientes todos los días, en cualquier modelo terapéutico en el cual trabajemos, aún en modelos que pueden ser presuntamente contrapuestos, como los abstinenciales. ¿Por qué no podemos hablar de modelos complementarios en los abordajes, o etapas en un mismo proceso? Surge entonces otro concepto de integralidad, transversalidad y de estructura complementaria en la asistencia. Por lo tanto, existen múltiples definiciones.

La reducción de daños puede definirse como aquellas políticas, programas y/o prácticas dirigidas a minimizar el impacto negativo en la salud, en la repercusión biológica, social-familiar, académica-laboral y legal del consumo de drogas. Incluye entonces no solo aspectos médicos, sino también aspectos de gran impacto social, como la reducción del estigma social, la reducción de la criminalidad relacionada al consumo de sustancias. Una segunda definición guarda relación con aquellas medidas tendientes a reducir la morbimortalidad, la carga global de la enfermedad y de muerte relacionada al con-

sumo de drogas. Esto se aplica cuando la persona, como ya lo expresó el Dr. Radío en su introducción, no quiere o no puede dejar de consumir. Porque todo usuario y usuaria de drogas tiene derecho a no querer o a no poder dejar de consumir. Entonces, en ocasiones tendemos a referirnos a paradigmas distintos (abstinencia vs reducción de daños) que, pueden ser en la práctica clínica, complementarios. La experiencia clínica me ha dado la posibilidad de trabajar en diversos programas terapéuticos, en los cuales la abstinencia o la reducción de daños pueden objetivos terapéuticos diferentes, o bien etapas diferentes en el abordaje terapéutico de un mismo proceso, cuando la gestión de riesgos y reducción de daños se plantea con un fin inicial, para lograr la abstinencia a futuro. Podemos concluir que no son políticas públicas de tratamiento que sean opuestas o incompatibles en un proceso.

No podemos dirigir el tratamiento en lo que quiere el técnico, sino considerar lo que el o la paciente puede. Otro punto clave: debemos escuchar al paciente, y no solo basarnos en indicaciones.

El abordaje en una persona también debe analizarse desde el punto de vista clínico, en relación al vínculo que tiene el consumidor con cada sustancia, en un contexto, muchas veces, de policonsumo. Una persona puede estar motivada o preparada para dejar de consumir pasta base de cocaína, pero no así tabaco o cannabis. Y de esa forma emplearemos estrategias motivacionales con el fin de lograr pasar a otro estadío de cambio si concluyo que ese o esa paciente tiene un problema relacionado al consumo de cannabis o tabaco. No obstante, también debemos escuchar y evaluar lo que él o la paciente puede en el presente. No podemos dirigir el tratamiento en lo que quiere el técnico, sino considerar lo que el o la paciente puede. Otro punto clave: debemos escuchar al paciente, y no solo basarnos en indicaciones. En este sentido, en una etapa de precontemplación o contemplación, las estrategias motivacionales van a ser fundamentales, así como los modelos de intervención breve en diferentes escenarios, como atención primaria, puertas de emergencia, entre otros. Estrategias que se iniciaron con el abordaje del tabaquismo, y cuya aplicación luego se extendió al resto de las sustancias. Cuando trabajamos motivación, acordamos con los pacientes promover cambios. En dicho contexto, gestionamos riesgos y reducimos el daño, con un objetivo no necesariamente abstinencial.

La gestión de riesgos y reducción de daños no es excluyente para usuarios problemáti-

cos de sustancias. El consumo de riesgo, por definición, no es problemático, es un patrón de consumo en el cual, ya sea por la dosis, la frecuencia, por el patrón de consumo, la persona tiene mayor riesgo de tener un daño futuro. El consumo perjudicial es lo que antiguamente se llamaba trastorno por abuso; y se refiere a problemas en las áreas biológica, académico-laboral, socio-familiar, legal, sin tener un vínculo de adicción o dependencia con la sustancia. En el consumo de riesgo gestionaré riesgos, porque no hay daños, pero en caso de consumo perjudicial, claramente en caso del alcohol, se trabaja gestión de riesgos y reducción de daños en usuarios no dependientes. Hoy Uruguay cuenta con aproximadamente trescientas cincuenta mil personas con un uso problemático de alcohol, donde no todos son dependientes al alcohol. Gestionar riesgos y reducir el daño en personas sin adicción al alcohol, implica poder intervenir en pacientes que muchas veces no están preparados aún para dejar de consumir, o no lo van a estar. Lo mismo puede ocurrir en un o una paciente con una enfermedad asociada al consumo, por ejemplo, cirrosis: en dicho caso voy a tratar de promover que deje de consumir, pero, si no lo hace, voy a adoptar estrategias para que la progresión de la enfermedad sea menor, o reducir en forma significativa, la mortalidad.

Gestionar riesgos y reducir el daño en personas sin adicción al alcohol, implica poder intervenir en pacientes que muchas veces no están preparados aún para dejar de consumir, o no lo van a estar.

La gestión de riesgos y reducción de daños puede abordarse por sustancias, y el vínculo que tiene el individuo con cada una de éstas, con alcohol, marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, entre otras; con una sustancia psicoactiva o con la mezcla de ellas. En ocasiones la evidencia científica actual no acompaña en forma sólida prácticas utilizadas. Por ejemplo, el sistema endocannabinoide endógeno influye en la modulación del trastorno adictivo a sustancias psicoestimulantes. No existen revisiones sistemáticas, que apoyen que el cannabis pueda ser una sustancia que demuestre ser eficaz para el tratamiento de la dependencia a psicoestimulantes. No obstante, usuarios y usuarias optan por el cannabis con el fin de reducir riesgos y evitar o reducir la dosis de una droga estimulante. Existen creencias en relación a estos temas y también fundamentos clínicos, en efectos buscados, como un efecto ansiolítico. No obstante di-

cha creencia, efecto buscado, que puede tener un fundamento neurobiológico también debe ser considerado en cada paciente. Existe un mayor riesgo de consumir cannabis cuando existe una comorbilidad psiquiátrica. El cannabis puede inducir complicaciones psiquiátricas, o ser desencadenante de tales complicaciones y puede utilizarse bajo forma de ¨automedicación¨, modalidad que no guarda relación con el cannabis medicinal; habla de aliviar un sufrimiento fumando cannabis, un sufrimiento, un síntoma psiquiátrico que conlleva, a corto o a largo plazo, a un trastorno por dependencia a cannabis y a no tratar una patología psiquiátrica de base.

En el caso de tabaquismo se han puesto en duda los modelos de reducción de daños. En la actualidad existen productos derivados del tabaco y modalidades de consumo de tabaco, que se venden como productos menos nocivos, y no lo son. De hecho, pueden agravar la patología relacionada al consumo de tabaco, promueven mayor dependencia y patología pulmonar respiratoria, como es el caso del vaping y los cigarrillos electrónicos.

Hay que considerar en qué contexto pueden aplicarse este tipo de medidas. Existen situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad. Como ejemplos, programas de reducción de riesgos y daños en cárceles, modelos de gestión de riesgos y reducción de daños durante el embarazo o la lactancia.

Individuo, sustancia(s) y contexto social determinarán la estrategia de gestión de riesgos y reducción de daños, si ésta es la opción terapéutica.

En la década del ochenta surgen tratamientos farmacológicos sustitutivos como el uso de metadona, en trastornos por dependencia a opiáceos, fundamentalmente a heroína en Europa. Hoy en Uruguay utilizamos tratamientos con metadona para desintoxicación, deshabituación y sustitución de opiáceos y opioides en pacientes con dolor crónico. Un objetivo en la sustitución es evitar la vía parenteral y las complicaciones que implica la vía intravenosa, u otra vía, como la vía subcutánea, que generan tolerancia y dependencia más rápidamente. Otro objetivo es evitar la euforia de algunos opiáceos u opioides parenterales.

Existen otros modelos de reducción de daños a nivel mundial. El programa Insite, en Vancouver, en la Columbia Británica, Canadá, surgió en el año 2003, en el cual el usuario o la usuaria, en estricta confidencialidad, se presenta allí, va con su dosis, se inyecta la misma (opiáceos, estimulantes). Está supervisado por Enfermería y cuentan con médicos. Hay otros programas de dispensación, distribución de jeringas y supervisión in situ; el acceso a pipas estériles para crack y para metanfetamina; la distribución de preservativos; el acceso a naloxona; los programas de reducción de daños en alcohol, por el policonsumo; y las terapias de mantenimiento por metadona.

Existe evidencia de que estos programas han demostrado reducir la mortalidad por sobredosis, así como la incidencia de hepatitis a virus C y VIH. Por otra parte, miles de personas son derivadas anualmente a centros asistenciales para tratamientos de deshabituación, por uso problemático de sustancias. Desde el año 2003, el programa Insite incluyó a más de tres millones de consultas.

En la actualidad, las nuevas sustancias psicoactivas, enorme variedad de drogas sintéticas que imitan a las drogas clásicas, constituyen un problema de Salud Pública a nivel mundial. También en el concepto de nuevas sustancias psicoactivas se incluyen plantas, pero la gran mayoría son drogas de síntesis, mayoritariamente estimulantes con efecto anfetamino-símil, de gran variedad y heterogeneidad. El riesgo de sobredosis por MDMA u otra droga sintética adulterada o sustituida por otra sustancia, en tabletas, polvo, incluso sellos, es muy alto, y conlleva un elevado riesgo de intoxicaciones graves y muerte.

En ocasiones la detección de adulterantes genera cambios en políticas públicas. El Sistema de Alerta Temprana del Observatorio Uruguayo de Drogas detectó fentanilo en el año 2018, emitiéndose una alerta pública, lo que determinó, como conducta, la disponibilidad de naloxona en todos los centros asistenciales del país.

Hoy consumir este tipo de sustancias es ¨una ruleta rusa¨, porque no sabemos qué contienen esas pastillas o cristales. Asimismo, pureza en toxicología no es sinónimo de mayor seguridad. Las adulteraciones y sustituciones son muy peligrosas, pero la mayor pureza también puede serlo: para contrarrestar cortes, una tableta de MDMA, puede contener cuatro veces lo que hace 15 años contenía la misma tableta. Los test colorímetricos de detección de adulterantes son útiles, si bien tienen sus limitaciones por su sensibilidad en la detección de nuevas sustancias psicoactivas.

Todo consumo de drogas tiene riesgos, y la gestión de riesgos es una práctica clínica cotidiana para los clínicos. Existe evidencia de que la reducción de daños constituye un conjunto de medidas que reduce la morbimortalidad relacionada al consumo de drogas. Ningún modelo terapéutico siguiendo los principios bioéticos es excluyente. La información que le brindemos al paciente, respetando y preservando un espacio de escucha resultan muy importantes, para trabajar sobre sus creencias y sobre sus vínculos con las sustancias.

COMENTARIOS

ESPAÑA

Dr. Javier Sánchez Arroyo

DOCTOR EN HISTORIA CONTEMPORÁNEA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN POR LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. FUNDADOR Y ACTUAL COORDINADOR DEL CENTRO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL CONSUMO DE DROGAS, CONSUMO CONCIENCIA. EN LOS ÚLTIMOS DIECIOCHO AÑOS HA LLEVADO A CABO NUMEROSAS CHARLAS Y DEBATES SOBRE DROGAS. ES MIEMBRO INVITADO INTERNACIONAL DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DE URUGUAY.

En primer lugar, muchísimas gracias a la JND por la invitación para participar en este foro. Es para mí un auténtico honor intervenir aquí, compartir mesa con ponentes de esta talla y también con todas las asistentes. Yo quisiera trasladar algunas ideas y reforzar o apoyar otras que ya han sido expuestas hoy.

La primera idea, y suscribiendo las palabras de apertura del Dr. Radío acerca de la doctrina prohibicionista, es que obviamente el área prioritaria para un abordaje sensato del tema en general y de la prevención en particular debe ser la regulación. Nosotros entendemos que es nuestra obligación ética y parte de nuestro trabajo, y nos gustaría que fuera así por parte de las instituciones, defender la necesidad de acabar con la doctrina criminal y criminógena imperante y, por tanto, con el abordaje por la vía penal del consumo de algunas drogas; un paradigma que no debe ser el nuestro. Sólo dentro de un marco regulado en base a parámetros de Salud Pública podemos hablar de algo digno de ser llamado prevención. Un marco regulatorio que debe ser estudiado y diseñado de modo específico para cada sustancia o gama de ellas, como ha comentado en muchas ocasiones la Dra. Peyraube: El experimento social es el prohibicionismo, no la regulación.

La regulación, por tanto, es en sí misma la mejor base para las políticas de reducción de riesgos y de daños, que obviamente después necesitarán seguir desarrollándose. Y en el mientras tanto, podríamos decir, lo recomendable es que las instituciones com-

petentes sigan profundizando en el debate y, en lo que sería el segundo punto que queríamos destacar, aumenten decididamente el apoyo a las asociaciones que ya trabajan de acuerdo a estas políticas, y también que desarrollen más entidades propiamente públicas, para que éstas estrategias puedan ser implementadas en adecuada coordinación entre el tercer sector y la institucionalidad; por supuesto, con la dotación presupuestaria suficiente.

Hago hincapié en esto, porque en el caso español, que como saben no es pionero en Reducción de Riesgos ni en Reducción de Daños (en adelante, R. de RR. y R. de DD.) pero sí cuenta con varias décadas de andadura, el trabajo lo desarrolla casi exclusivamente el tercer sector, con cierto mínimo apoyo público pero con una clara cesura, que a menudo llega incluso a la desvinculación, por pura cobardía política ante cualquier atisbo de polémica, y creo sinceramente que esa debilidad puede ser evitada en el caso uruguayo, dada vuestra abrumadora superioridad política en general.

> La regulación, por tanto, es en sí misma la mejor base para las políticas de reducción de riesgos y daños, que obviamente después necesitarán seguir desarrollándose.

Como decía, y refiriéndome al caso particular de la reducción de riesgos, hasta que se consiga una regulación de sustancias más amplia, esos servicios enfocados en construir educación sobre drogas, (el término "prevención", de hecho debería ser un concepto a extinguir gradualmente en tanto que política general, puesto que es demasiado parcial), deben poder ofrecer la posibilidad de realizar análisis químicos que nos permitan tanto reducir los riesgos como monitorizar lo que verdaderamente se mueve en las calles uruguayas, y lógicamente facilitar esos datos al Sistema de Alerta Temprana.

La verdad es que se podría comentar mucho al respecto de lo que acaba de exponer el Dr. Pascale, suscribo buena parte de lo que afirmaba al final de su intervención. Y para esto, como digo, estos servicios deben estar bien financiados y dotados presupuestariamente. En ocasiones, como ha demostrado en el ámbito particular de la R. de RR. el caso de Imaginario 9, se cuenta con el apoyo público verbal pero no con el necesario sustento. Hay que ser conscientes de que estamos hablando de una Política Pública, y como tal debe ser seria y no depender del voluntarismo ni explotarlo. Es, por tanto, necesaria la estabilidad, la capacitación de quienes realizan estas intervenciones, la formación de formadores y formadoras, y contar los medios materiales y tecnológicos,

para realizar, por ejemplo, los mencionados análisis químicos. Nosotros en Consumo ConCiencia, yo hablo, más que como académico, en calidad de fundador y coordinador de esa asociación de R. de RR., y por ello también hablo desde la práctica en el terreno... nosotros hacemos testeo, como otras asociaciones del Estado. Y, al respecto de lo que comentaba el Dr. Pascale, sabemos de la cantidad y de la cualidad de lo que circula en el mercado negro gracias a estos servicios de análisis. Y también es cierto que, siendo una práctica de indiscutible utilidad, se queda corto el andar con los reactivos colorimétricos en los festivales. Necesitamos de esas alianzas, sea con la Udelar, con el IIBCE…, para poder realizar análisis de precisión y generar estos insumos de datos. En el caso europeo, por cierto, esta información se sistematiza a través de la Red TEDI (Trans European Drug Information), porque estás prácticas se realizan con éxito en muchos otros países.

Por mentarles sólo un dato: en el último informe publicado por Energy Control, la organización española más potente en términos de análisis, había registradas casi 1200 muestras de MDMA en un sólo año; y no me refiero a los análisis que se hacen en los festivales, me refiero a los de precisión, que después pueden ser publicados con la información exacta de si una pastilla contiene 70, 150 o 230 mg, los que sean… Esto por supuesto evita intoxicaciones, sobredosis y, con ello, claramente mejora la salud pública. Y para todo esto, tanto para la regulación como para el avance y fortalecimiento de las políticas de R. de RR. y de R. de DD., y esta es la tercera idea, lo que es obvio es que Uruguay cuenta con personal más que sobradamente capacitado para que el país sea referente a nivel continental. Como una primera propuesta muy sencilla y muy concreta, siguiendo en el campo específico de la R. de RR., se podrían generar herramientas virtuales en coordinación con entidades de toda América Latina, al estilo de las APPs impulsadas por entidades europeas (TripApp, sobre todo, pero también Knowdrugs y otras), para compartir información analítica de lo que circula en la calle y hacerla accesible a las personas usuarias. Podría ser un paso sencillo, para después seguir avanzando en espacios de coordinación, intercambio de materiales, de información, etc.

La cuarta idea que les quería compartir es que en base a las excelentes lecturas críticas sobre el prohibicionismo que ya existen en el país… Y permítanme un inciso fuera de guión: yo siento en primer lugar alegría, en segundo admiración, y casi una puntita de sana envidia por el hecho de que el Secretario de la JND haga en la apertura de este acto un discurso tan impecable al respecto de las políticas de drogas. La verdad es que ojalá tuviéramos en España responsables políticos e institucionales con esta clarividencia. Bien, como les decía, en base a estas lecturas críticas se puede hacer una revisión aún más profunda (y soy consciente de que se ha hecho un apreciable esfuerzo al respecto) de los materiales y los programas oficiales para poder deconstruir más

a fondo los presupuestos que siguen presentes en dichos materiales y programas. Desgraciadamente el peso de décadas de abandono de la ciencia, me refiero a nivel global, claro, y de imposición de criterios económico-políticos sobre ella, todavía se deja notar y mucho, pese a los brillantes trabajos de muchos especialistas locales en varias ramas del conocimiento.

Y en relación con esto último, la quinta idea que quería transmitirles inicialmente es que, teniendo en cuenta la evidente necesidad de interdisciplinariedad en la aproximación al tema (a la que también hacían referencia el Dr. Campelo, el Dr. Canay) y que es la línea que, de nuevo acertadamente, se está proponiendo desde la Junta y desde la Udelar, se impone profundizar y apuntalar el desarrollo académico, algo que nos consta ya se está haciendo, para sentar definitivamente las bases del conocimiento sobre drogas sobre parámetros científicos, sólidos, centrados efectivamente en la Salud Pública (no como mera declaración piadosa), y también en la seguridad y en la protección de los derechos, en la inclusión, en la equidad, etc.

Entonces, recapitulando:

1ª- Avanzar en las regulaciones de sustancias hoy ilegalizadas, en base a los parámetros descritos.

2ª- Apoyar con decisión las políticas de R. de RR. y de R. de DD., incluidos los servicios de análisis de drogas, desde entidades públicas y también en coordinación con el tercer sector, bien financiadas y dotadas presupuestariamente.

3ª- Impulsar avances a escala latinoamericana, empezando, por ejemplo, por liderar proyectos sencillos y concretos de coordinación y comunicación.

4ª- Revisar materiales y programas para poder deconstruir más a fondo los presupuestos del prohibicionismo que siguen presentes en ellos.

5ª- Profundizar en el desarrollo académico, para sentar definitivamente las bases del conocimiento sobre drogas sobre parámetros científicos y sobre los pilares

> En base a estas lecturas críticas se puede hacer una revisión aún más profunda (y soy consciente de que se ha hecho un apreciable esfuerzo al respecto) de los materiales y los programas oficiales para poder deconstruir más a fondo los presupuestos que siguen presentes en dichos materiales y programas.

citados.

De verdad me parece que si hay un lugar en el que pueden tener espacio estas propuestas es la República Oriental. Y lo digo no sólo desde el más absoluto respeto, sino desde la más profunda admiración y hasta la cierta envidia que a un habitante español le genera la casi inigualable trayectoria de defensa de los derechos de este país, y también la calidad y la profundidad del debate político uruguayo.

De verdad me parece que si hay un lugar en el que pueden tener espacio estas propuestas es la República Oriental. Y lo digo no sólo desde el más absoluto respeto, sino desde la más profunda admiración.

Dicho esto, algunos breves comentarios al respecto de lo expuesto anteriormente en las ponencias. Quizá es útil caracterizar específicamente la Reducción de Riesgos; insistir en sus aspectos conceptuales, incluida su sociogénesis. Digamos que ésta aparece para abordar consumos no necesariamente problemáticos en sí (y como ahora también se acaba de mencionar, consumo problemático es un concepto mucho más amplio que dependencia o adicción, e incluye otros muchos aspectos). Es una estrategia cuyo nacimiento se suele establecer en los Países Bajos en torno a 1992, pero en la que el Estado español cuenta también con una experiencia de 25 años. Obviamente tiene un claro precedente en la reducción de daños, pero respecto a la que, en tanto que paradigma y en perspectiva histórica, tiene algunas diferencias, puesto que ésta, la de daños, había aparecido como necesaria respuesta a consumos que sí eran problemáticos, fundamentalmente asociados a la heroína en el caso español y europeo, o a la pasta base si nos atenemos al Cono Sur. Aunque la línea divisoria entre ambas perspectivas parece a veces difusa (y que a nivel internacional sólo se reconoce y utiliza el término "harm reduction" para todo) el paso que viene a dar la R. de RR. es el de trabajar con una mirada más preventiva que asistencial, para procurar que el consumo sea lo más informado y seguro posible.

Sus caracteres específicos podríamos resumirlos así:

El primero es que se trabaja para la educación en la responsabilidad, y que se ofrece un trato desde el respeto, desde la escucha y sin censuras; por supuesto, sin reprodu-

cir estereotipos, sin estigmatizar a nadie. Por cierto que no hay tiempo para extenderse en esto, pero la expresión "personas consumidoras de drogas" hay ponerla en tela de juicio, porque lo somos absolutamente todas sin excepción. Lo adecuado no es hablar en tercera persona del plural, no pensar siquiera en esos términos planteando una falsa dicotomía que además genera barreras, sino siendo conscientes de que todas las personas somos consumidoras, de unas o de otras, legales o ilegales, y para muy diversos fines (sedación, estimulación, analgesia, evasión, psicodelia, etc.). La que corresponde al hablar de consumo de drogas es la primera persona del plural.

> La buena noticia es que la sociedad va por delante de algunas instituciones y hasta de muchos profesionales, más veces de lo que quizá creemos.

La segunda característica es que se hace una prevención basada en el conocimiento, ajustando por supuesto la percepción de riesgo al riesgo real y no magnificando éste, porque eso resulta contrapreventivo, y realizada desde la precisión farmacológica (lo que incluye el análisis de sustancias) y sin sesgos políticos en lo informativo. Por ello, no pocas veces se nos acusa infundada y muy demagógicamente de promoción del consumo.

Por cierto, que cuando nosotros intervenimos en un festival, la diferencia cualitativa para que la gente se acerque es que observa que le damos un servicio de análisis de drogas. ¿Por los resultados del análisis en sí? Por supuesto que éstos son importantes y cumplen un papel relevante en sí mismos, evitando intoxicaciones y sobredosis, y de hecho decenas de miles de personas cada año solamente en el Estado español hacen uso de estos servicios. Pero si se acercan al ver esto es porque es lo que nos diferencia claramente de otras instancias en las que la gente siente que se censuran sus actos y que además se le da una información sesgada, como suele suceder en la prevención, diríamos, "clásica". En esas carpas contamos además de con folletos informativos, (sobre sustancias y también sobre leyes; les traje alguna muestra por si quieren llevarse y he dejado por supuesto algunos ejemplares al personal de la Junta), carteles de información sobre mezclas, algunos libros de nuestra biblioteca, preservativos, suero fisiológico, canutos para esnifar personales e intransferibles (para evitar contagios, por ejemplo, de hepatitis C o de otras muchas patologías) filtros de carbón activo, tapones

de oídos, magnesio (para rigideces musculares...) un alcoholímetro homologado, una báscula de precisión y también los reactivos para hacer los controvertidos análisis. Todo eso necesita, como decía antes, de la financiación y de los medios técnicos adecuados.

La tercera característica es que está basada en la evidencia, hecho bien importante que se ha mencionado repetidas veces en estas ponencias. Y, también en la pedagógica porque, como ha sido expuesto antes, el "simplemente di no", en el caso de que fuera posible, y deseable, pedagógicamente no funciona. Y además la R. de RR. es económicamente sensata porque se emplean métodos de muy alto impacto con muy bajo coste.

Por último, el cuarto rasgo, pero esto es particularmente relevante, todas las organizaciones de R. de RR. integradas en coordinaciones internacionales, cuestionamos las políticas y las prácticas que maximizan el daño, esencialmente por tanto las leyes predominantes, y buscamos proteger los derechos humanos y la salud de las personas.

Y es que hay que insistir en que la estrategia de la R. de RR. no constituye una práctica sectorial sino una mirada integral, y desde luego no se reduce a un "control de calidad" de drogas ilegales; en absoluto… Pero tampoco es una mera asesoría para paliar algunas de las consecuencias negativas de la Prohibición desde un punto de vista, diríamos, asistencialista; parcheando lo existente. Las organizaciones de R. de RR. trabajamos por trascender la situación actual y para reconstruirla en base a un modelo más sensato.

La buena noticia es que la sociedad va por delante de algunas instituciones y hasta de muchos profesionales, más veces de lo que quizá creemos, y que,

> Cuando se implementaron desde las instituciones medidas como limitar o incluso prohibir la venta de jeringuillas en las farmacias como estrategia para que la gente dejase de consumir, no sólo ésta no funcionó, evidentemente, sino que derivó en que se compartieran las jeringuillas, con la lamentable mayor extensión del VIH como principal problema.

cuando hay un mínimo espacio para el razonamiento, no confunde la necesaria "normalización" con la "banalización".

Esto lo comprobamos a diario en los talleres que hacemos con madres y padres, por ejemplo, y esta conexión esta conexión me sirve para acabar coincidiendo con lo que también plantearon algunos expositores y expositoras sobre la importancia de lo educativo. La relevancia de este ámbito es difícilmente soslayable y, en todo caso, es siempre una línea prioritaria de trabajo. La principal potencia de nuestra Asociación, con esto acabo, está en el terreno formativo. Hacemos muchos talleres, lógicamente desde la propuesta de reconstrucción del conocimiento que les estaba planteando; talleres por supuesto con jóvenes, tanto de la educación reglada como más informales (realizamos incluso un juego de mesa educativo que también hemos puesto a disposición de la JND). Además, y esto es aún más importante, llevamos a cabo talleres con progenitores y sobre todo cursos destinados a educadores y educadoras de todo tipo, porque creemos que es ahí donde mejor se puede trabajar desde el ámbito de las drogas hacia una transformación general por un mundo más justo y más sensato.

Una última apostilla, si me permiten… Las políticas de R. de RR. y de R. de DD.; las políticas valientes, salvan vidas. Nosotros lo vivimos en los años 80, con la mal llamada "crisis de la heroína". Cuando se implementaron desde las instituciones medidas como limitar o incluso prohibir la venta de jeringuillas en las farmacias como estrategia para que la gente dejase de consumir, no sólo ésta no funcionó, evidentemente, sino que derivó en que se compartieran las jeringuillas, con la lamentable mayor extensión del VIH como principal problema, aunque no el único. Yo no recuerdo responsables institucionales españoles dando explicaciones, no digamos ya dimitiendo, por promover políticas que generaron miles de muertes evitables. Como les decía, las políticas valientes y honestas salvan vidas, y estoy más que convencido de que la República Oriental del Uruguay puede ser una vez más ejemplo de avanzada en este tipo de acciones. Gracias por escucharme.

URUGUAY

Dr. Pablo Fielitz

DOCTOR EN MEDICINA, PSIQUIATRA, PROFESOR AGREGADO DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, MAGÍSTER EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LA DROGODEPENDENCIA. DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (UNITRA), DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. ACTUALMENTE, DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y POBLACIONES VULNERABLES DE LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE).

Gracias, en primera instancia, por invitarme a participar de esta mesa. Todas las intervenciones que me precedieron yo creo que fueron muy claras en lo que tiene que ver con las definiciones de reducción de riesgos y daños. Yo quisiera, de alguna manera, profundizar un poco más, en forma breve, que hubo, en determinados momentos, cierta polémica o incluso se intentaba colocar como antagónico la posibilidad de trabajar con reducción de riesgo y daño y trabajar también por lo que sería el consumo cero o la abstinencia. Y yo creo que este tipo de aproximaciones son complementarias y, fundamentalmente, apuntan a poblaciones diferentes. Entonces, yo creo que ese antagonismo, supuesto antagonismo, no es tal, y, en los hechos, muchos de los que trabajamos desde una perspectiva, fundamentalmente, de abstinencia, muchísimas veces recurrimos también a lo que pueden ser políticas de reducción de daño.

Como ejemplo, por ejemplo, tenemos todo el tema de los opiáceos. Hoy no se habló mucho de opiáceos a nivel Uruguay; sin embargo, las cifras, de alguna manera, son preocupantes, porque el consumo de opiáceos aumentó en nuestro país. Nosotros, en los estudios que vamos haciendo en Emergencia del Hospital Pasteur, en el último estudio, que ya tiene cinco años, la tasa de consumo de opiáceos se había multiplicado por ocho. Y no se explicaba porque la persona hubiera recibido un opiáceo en la Emergencia, cosa que es de práctica frecuente frente al dolor agudo, sino por consumo de opiáceo previo a llegar a la Emergencia. Y, no sé la gente que está trabajando en clínica, pero en la práctica clínica, por ejemplo, a nivel mutual, es cada vez más frecuente el abuso de opiáceos que fueron indicados inicialmente por prescripción y después se transforman

en una sustancia de abuso. Yo creo que este es un aspecto sobre lo cual vamos a tener que ahondar en la reducción de riesgos, sobre todo en el cuerpo médico, para la prescripción de opiáceos, y, como, de alguna manera, se va transformando de la prescripción terapéutica al consumo por abuso.

Yo creo que esta es un área en la que vamos a tener que profundizar los estudios para poder tener un diagnóstico más preciso, pero que seguramente ha sido un área de crecimiento, el del abuso de opiáceos. Desde el punto de vista de las políticas públicas, un aspecto en prevención es el interés por retrasar tanto como se pueda el primer contacto con las sustancias. Y, en ese sentido, esto yo ya lo he dicho previamente, creo que tenemos que revisar la edad mínima que habilita legalmente a comprar sustancias. Hay muchos países, en Latinoamérica también, que establecen como edad mínima para la compra, por ejemplo, de alcohol, los veintiún años, y nosotros, de alguna forma, como país, permitimos el acceso al alcohol y en marihuana, bueno, y también tabaco, a partir de los dieciocho. Quizás este sea un tema para ahondar, porque, como bien decía hoy más temprano el profesor Bernardi, a los dieciocho años el cerebro dista de haber completado su maduración. Entonces, yo creo que este es un aspecto sobre el cual tendríamos que poder armar algún tipo de debate, porque interesa, por supuesto, tratar de preservar la salud cerebral de nuestra juventud, y, desde ese punto de vista, quizás esto pueda tener algún tipo de sentido.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, un aspecto en prevención es el interés por retrasar tanto como se pueda el primer contacto con las sustancias. Y, en ese sentido, esto yo ya lo he dicho previamente, creo que tenemos que revisar la edad mínima que habilita legalmente a comprar sustancias.

Respecto de las políticas de reducción de daño, yo creo que en el país ya se está trabajando, y se trabaja desde hace años, en política de reducción de daño. Esto no es una novedad. Hay muchísimos dispositivos que apuntan al trabajo, de alguna manera, de aproximación del sector que está más marginalizado; muchas veces por fuera del sistema de salud, muchos de ellos en situación de calle, y que, con distinto tipo de alternativas y dispositivos, se va logrando que esa gente, de

alguna forma, comience a tener algún tipo de vínculo con los mecanismos de apoyo social o del sistema de salud, o ambos. Entonces, creo que ya existen políticas en este sentido, que quizás tengamos que ampliar, tengamos que, de alguna manera, apuntalar, pero yo creo que este tipo de políticas en general apunta al sector más vulnerable y desamparado de la sociedad, porque la mayoría de los usuarios que llegan a este tipo de dispositivos son población de calle. Y creo yo que, perfectamente, la idea de reducción de daño para esta población es particularmente adecuada, sobre todo, y fundamentalmente, para aquellos usuarios que no están en condiciones o no están listos, o no quieren integrar un programa, directamente, de tratamiento para su trastorno por consumo.

Entonces, yo creo que una de las primeras aproximaciones, como, por ejemplo, puede ser la evaluación por un médico de primer nivel de atención para pesquisar estado de salud general: con hemograma con funcional hepático, con VDRL, con VIH, con marcadores de hepatitis; no le estamos pidiendo a la persona que deje de consumir, pero sí podemos detectar tempranamente algunas de estas condiciones que pudieran requerir tratamiento. Yo creo que eso es absolutamente positivo. Entonces, la idea es que ya se está trabajando en esto. No es nuevo. Podemos sí ampliarlo y reforzar aquellos dispositivos de reducción de daño, pero creo que ya es tradición en el país, y ya desde hace años, en este sentido. Nosotros no tenemos, como país, un problema con los usuarios endovenosos; en decir, en ese sentido, el reparto de jeringas, etcétera, acá no sería una prioridad, pero sí tenemos otro tipo de problemas, con un nivel de marginalización que provocan algunas de las sustancias de consumo, que implican, de alguna manera, comenzar lentamente a tejer un entramado social que haga que esas personas salgan de la situación de marginalidad.

En algún momento, en una de las presentaciones, se planteaba que es muy cierto que muchas veces las sustancias pueden cumplir un rol de automedicación. Desde el punto de vista del tratamiento, en general, lo que hacemos es abordar ambos problemas: el problema de salud mental que hay y el problema de consumo en forma simultánea. No hacemos primero uno y después el otro, tratamos de abordar los dos en forma simultánea. La experiencia nuestra en la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol es de altísima prevalencia de trastorno depresivo, y en general siempre vamos a iniciar en forma simultánea el tratamiento de la dependencia de alcohol con el tratamiento del trastorno depresivo que tiene el paciente, u otros; en general esa es la dinámica con la que trabajamos. Para tratar de cerrar, una de las cosas que quería comentar es que es necesario combatir algunos mitos que tenemos a nivel nacional en materia de adicciones. Uno de los mitos es que la gente que no tiene o no cuenta con referentes no es candidato a tratamiento, porque sin apoyo y sin referente no se puede tratar. La experiencia nuestra dice lo contrario. Si nosotros le pidiéramos a los usuarios de Unitra

que tenga referentes, podríamos tratar solamente al 15 % de la gente que nos llega a tratamiento. Y lo que sucede es que después, a lo largo del tratamiento, es el propio grupo terapéutico que se transforma como referente para esa persona, los propios profesionales que trabajamos con ellos. Entonces, excluir a los que no tengan referentes de los programas de tratamiento yo creo que es muy dañino. ¿Es cierto que cuando hay referentes es más fácil trabajar?, sin duda, pero eso no implica que tengamos que excluir a la gente que no tenga referentes, porque de alguna forma es el propio equipo de trabajo, y sus compañeros, los que se transforman en referentes a lo largo del tratamiento

Lo que sucede es que después, a lo largo del tratamiento, es el propio grupo terapéutico que se transforma como referente para esa persona, los propios profesionales que trabajamos con ellos.

Y el otro aspecto que quería comentar. Hay un trabajo que está online, que lo produjo el NIDA, el National Institute on Drug Abuse, que habla de trece principios para el tratamiento eficaz en adicciones. Es un trabajo ya viejo, pero que cada tanto lo reactualizan. Y hay un punto en particular que creo yo que es interesante poder traer. Ellos plantean que un tratamiento eficaz en adiciones no tiene que ser necesariamente voluntario para que sea eficaz, que a veces el tratamiento no voluntario también puede ser eficaz. Y yo no estoy pensando en judicializar tratamientos, sino en la realidad de que muchísimas de las veces, cuando nos llegan pacientes a tratamiento, no es porque el paciente espontáneamente, simplemente, definió que tiene que tratarse. Muchas veces es la familia la que, de alguna manera, le implora a la persona que vaya a consultar; a veces es desde el lugar de trabajo; a veces, como en el caso nuestro en el Clínicas, son los propios refugios de Mides los que instan a que la persona vaya a consultar, después que ven que en dos, o tres, o cuatro oportunidades llegan intoxicados; y aun cuando esa persona inicialmente es muy ambivalente respecto a iniciar tratamiento, con estrategias de motivación muchas veces logramos retener a esas personas para tratamiento. Entones no siempre el tratamiento inicialmente tiene que ser voluntario para ser eficaz. Muchísimas veces, la mayor parte de las veces, al inicio los tratamientos son ambivalentes, y, de alguna manera, está en la cancha del equipo terapéutico poder lograr mover la rueda de cambio que hoy mostraban, para que la persona pueda tomar acciones y comenzar un tratamiento.

URUGUAY

Dr. Gabriel Eira

DOCTOR EN PSICOLOGÍA, MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA SOCIAL, PROFESOR AGREGADO DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, FACULTAD DE PISCOLOGÍA, Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS DEL CENTRO UNIVERSITARIO REGIÓN ESTE DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.

Muchas gracias por la invitación, por estar aquí. Hace muchos años que no vengo aquí. Javier (Sánchez), te agradezco tu esperanza, pero creo que la cosa no es tan buena. Si bien estuvo muy bien el secretario, la presentación del secretario fue muy buena, las cosas no son tan así. Coincido con Raquel que hay muchísimo dicho sobre reducción de riesgos y daños, pero hay mucho para hacer, hay muchísimo por hacer. Yo les voy a contar una experiencia, porque mi trabajo es académico, pero esto se empezó con un trabajo de campo. El trabajo de campo que hicimos, lo hicimos coordinando con la Junta Nacional de Drogas, ya hace muchísimos años, cuando el centro de la movida nocturna en la ciudad de Montevideo era la Ciudad Vieja; era donde todos los pubs se movían permanentemente en la Ciudad Vieja, y los "patovicas", es decir, los guardias de los bares, cada vez que alguien se emborrachaba o se pasaba de algo, simplemente lo agarraban y lo tiraban a la calle. Allí formamos un equipo de gente que eran estudiantes avanzados, que a mí me tocaba supervisar. Teníamos una toxicóloga que los apoyaba en la Junta Nacional de Drogas, y una emergencia médica que fue la única que estuvo dispuesta a apoyarnos, vale que diga el nombre, fue la 1727, porque las demás emergencias no querían apoyarnos. Y con ese equipo lo que hacíamos era montar gente caminando por la calle y recuperando a los que estuvieran en situaciones, llamémosle, límites. Usábamos equipos y guantes azules, por eso nos decían "los del pedo azul", porque andábamos siempre caminando entre la calle con esos equipos, porque terminábamos vomitados y llenos de sangre.

La primera estrategia que hicimos fue atender a estos usuarios en esas situaciones problemáticas, y, fundamentalmente, a su entorno, porque la movida nocturna estaba

saturada de mitos, con muy buena voluntad, que no hacían más que agravar las situaciones. Por ejemplo, cuando se pasaban de alcohol, darles una línea de cocaína; cuando estaban acelerados con cocaína, darles alcohol para que bajen, lo cual invitaba al cocaetileno. Después, cuando empezaban a hacer convulsiones por estas mezclas, los amigos no encontraban nada mejor que agarrarlos, que apretarlos, entonces terminaban golpeando contra el piso y sangrando, o para quitarles el alcohol, lo que hacían era colocarles hielo en los testículos y ese tipo de actividades. Entonces, lo que hicimos fue trabajar permanentemente en la calle, atendiendo a estos pacientes, pero además con una actitud pedagógica con los que rodeaban al paciente. Entonces, les llevábamos frazadas, les explicábamos que cuando estaban así tenían que estar abrigados, que no podían meterle hielo, que no convenía mezclar ambas cosas al mismo tiempo, que cuando empezaban a convulsionar tenían que buscar que no golpeen contra nada, que no los aprieten. Y esta experiencia duró cerca de dos años, después con una ONG que se hizo la Carpa de Achique, que se hizo en los recitales. Funcionaba también como un hospital de campaña dentro de los recitales, no éramos los del "pedo azul" que andábamos caminando por la calle, eso era un hospital de campaña que teníamos en los recitales. Con el tiempo, lo que fue sucediendo fue que ya no quedaban estos usuarios en esas condiciones en las calles, porque se transformó en parte de la cultura nocturna de la calle. Ya no les echaban… dejaron de echarles hielo, dejaban de apretarlos, los abrigaban. Durante los dos años que esto funcionó, funcionó así.

Reducción de daños es reducción más allá de la reducción médica del daño, lo cual implica un trabajo que va más allá de los propios usuarios en situaciones problemáticas.

Me interesaba señalar esto porque reducción de daños es reducción más allá de la reducción médica del daño, lo cual implica un trabajo que va más allá de los propios usuarios en situaciones problemáticas. Y tengo la certeza… o sea, no tengo los datos aquí, pero tengo la certeza, que la mayor parte de los daños que hay asociados al uso de drogas no tienen que ver con adicciones. Esto no implica que no haya adicciones. Creo que hay muchísimo más daños asociados con el producto de droga, con cosas que no son adicciones. Y algunas veces estos daños se los estamos produciendo performativamente (y disculpen que use la palabra técnica), lo estamos produciendo en la realidad, con la forma que denominamos las cosas, porque ¿alguien puede definir exactamente

qué es una droga y discriminarlo de otras sustancias? Mi hipótesis es que la droga es aquello que hace mal y que consume el otro, que es un plano de otredad. ¿Con qué criterio podemos llamar droga al clorhidrato de cocaína y no a la sacarosa? Creo que lo que hay ahí son tradiciones semióticas que lo que hacen es instituir una forma de traducción de la diferencia, y creo que en esto estamos performativamente potenciando esa diferencia.

Este trabajo que hacíamos en la Ciudad Vieja necesariamente es metadisciplinario, yo no lo llamaría interdisciplinario sino metadisciplinario, porque con el tiempo nos fuimos olvidando de que éramos psicólogos, médicos, enfermeros o incluso hasta cirujanos (porque hubo que coser a más de uno), porque teníamos que trabajar entre todos. Y después hay una cosa nomás que me gustaría señalar, Los folletos, estos que enseñaba Raquel por sí solos no sirven para nada, si no están articulados a un montón de cosas más junto con el folleto. Es más, cuando hacíamos los primeros folletos teníamos dificultades porque cuando contenían instrucciones para preparar una pipa de agua, nos acusaban de hacer apología del consumo, pero al mismo tiempo les daban instrucciones para como no quemarse con el cigarro, lo cual era una contradicción, lo que mostraba cuáles eran los juegos que había ahí. Algo que me gustaría señalar es que la palabra legal o ilegal implica necesariamente ley, no licitud o ilicitud. Lo legal o lo ilegal tiene que ver con lo que regula la ley. La ley no regula objetos, regula acciones, por eso no hay sustancias legales o ilegales, lo que es legal o ilegal es lo que se hace con las sustancias. Y creo que al nombrarlas como legales o ilegales lo que estamos haciendo es instituir una división que es ficticia. Es más, en el Uruguay, el uso de las sustancias no es legal, está regulado; no es legal o ilegal, está completamente regulado, desde las benzodiazepinas al tabaco. ¿Cuáles son los criterios de regulación de estos usos? Cosas que se discuten políticamente, son diferentes formas de regulación, pero están regulados, no están prohibidos. Muchas gracias.

> Lo que hicimos fue trabajar permanentemente en la calle, atendiendo a estos pacientes, pero además con una actitud pedagógica con los que rodeaban al paciente.

ARGENTINA

T.S. Paula Goltzman

TRABAJADORA SOCIAL, MIEMBRO FUNDADORA DE LA ASOCIACIÓN CIVIL INTERCAMBIOS, DOCENTE E INVESTIGADORA DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE MORENO, COORDINADORA DE PROYECTO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL.

Para mí ha sido muy provocador e interesante las presentaciones de todos los expositores. Fui bastante meticulosa tomando nota… No para ir contestando una a una a las presentaciones, pero sí que me permitan, de alguna manera, ir componiendo unas ideas, quizás, complementarias a lo que les expositores fueron presentando y comentando. Y la primera cuestión que me convoca, fue pensar en dos dimensiones para pensar estas intervenciones o estas políticas de reducción de riesgos y daños. La primera de ellas es una dimensión política, que implica pensar la dimensión política de la reducción de riesgos y daños. Y pensar en esa dimensión política me parece que se ata indudablemente a pensar una perspectiva antipunitivista respecto de los consumos, respecto de las sustancias, y antiprohibicionista. Y eso me parece que es un punto de inflexión, porque si no, el riesgo es que la reducción de daños sea ganada por cierta razón instrumental, por cierta fuerza de los instrumentos, mucho más que su dimensión de los sentidos, de la perspectiva y su sentido, insisto, político.

Y, por otra parte, como el debate de la jornada de hoy tenía mucho que ver con pensar las políticas públicas, las presentaciones de los expositores me provocaron pensar en una pregunta, recuperando un poco esta dimensión política, para pensar quién es el sujeto de las políticas públicas. Y ahí, me parece que toda política pública expresa siempre una lucha por las interpretaciones de las necesidades. Y que esa lucha, por cómo es interpretada la necesidad social, por cómo se define, y luego… recién luego de cómo se interprete, de cómo se define, como se aborda, es una cuestión política. Y, entonces, si pensamos en quién es este sujeto que reclama la necesidad de las intervenciones en clave de reducción de riesgos y daños, no puedo más que alertar sobre

cierta construcción que este sistema hace de los usuarios de drogas como personas infantilizadas, como personas a las cuales se las culpabiliza por su consumo, personas que se las desresponsabiliza de ese consumo. Y, entonces, de alguna manera, esta construcción que se hace del sujeto usuario de drogas, y, en todo caso, que es el sujeto que reclama una política, me parece que en alguna medida puede explicar cierta demora que en muchos casos hay de integrar a la reducción de daños como una necesidad, e integrarla como una necesidad de las políticas públicas.

> Psensar en esa dimensión política me parece que se ata indudablemente a pensar una perspectiva antipunitivista respecto de los consumos, respecto de las sustancias (...).

Y a mí me parece que eso ata, indudablemente, a pensar el sentido sobre todo de las disciplinas, sobre todo de los técnicos, sobre todo de quienes intervenimos en lo social, de quienes intervenimos en el campo de las políticas públicas, en, de alguna manera, hacer jugar en nuestras intervenciones un conjunto de instrumentos, sin que pierdan esos instrumentos su capacidad de politizar esas prácticas, de ubicar al padecimiento de un sujeto en el marco de los padecimientos sociales, en pensar, dicho incluso en palabras de algunos de los expositores, la participación de los propios usuarios, y en promover activamente la palabra de los propios usuarios en la definición de las políticas. No solamente ser considerados, de alguna manera, "clientes" o "beneficiarios" (lo digo como muy entre comillas) de las políticas, sino también como un sujeto que tiene que ser considerado en su palabra y en su voz en el diseño de las políticas.

Y la otra cuestión que me parece ahí interesante de revisar, o que me provocó pensar algunas de las presentaciones que hicieron los expositores, es ciertas exigencias que también viene de pensar la implementación de la reducción de daños en el campo de las políticas, y cierto reclamo que muchas veces hay en términos de pensar a la reducción de daños de manera integral, y pensarla multisectorialmente, multidisciplinariamente. Y yo no puedo más que preguntar ¿cuándo construimos la idea de que esa es una exigencia que hay que hacerle a la reducción de daños, y que esa no es una exigencia necesaria o una condición también para, por ejemplo, las prácticas abstencionistas?

Entonces, me parece que ahí hay algo que es medio tramposo, y que también opera muchas veces, digamos, como demora, porque no podemos avanzar en la reducción de daños, porque la reducción de daños (por lo menos es un debate en nuestro país) debería ser integrada a otras políticas.

Personalmente, no creo que sea un atributo que se le tenga que pedir a la reducción de daños, sino que, en todo caso, se le tiene que pedir a las políticas de drogas en general, y a una forma de pensar esas políticas de drogas. Y mientras tanto eso sucede, y acá apelo un poco a Fernando Ulloa, porque también muchas de las presentaciones, sobre todo la de Raquel (Peyraube) me parece que apelan a pensar el camino de lo posible. Y ahí me meto, entonces, en la otra dimensión, que me parece importante señalar, de lo que sería la reducción de daños (hasta ahora hice una mención más de esa dimensión política), que tiene más que ver con pensar la dimensión instrumental. Y esa dimensión instrumental es un poco aquello que podemos o somos capaces de componer en el mientras tanto, algo que transforma a nivel del sistema; esa integralidad va tomando cuerpo y es algo que sucede en un modo de componer las intervenciones en un al mismo tiempo. Me parecía interesante pensar en esta dimensión de la construcción de lo posible, que, de alguna manera, nos interpelaba, sobre todo la presentación de Raquel. Y para mí la construcción de lo posible tiene mucho que ver con la construcción de lo situado, con un pensar situado, que es pensar siempre en tres claves que tienen que ver con la singularidad de las situaciones, con la construcción colectiva de los saberes en torno a las situaciones, y con la responsabilización de "todes" quienes formamos parte de esa situación, por involucrarnos en la transformación de esa situación.

Hay algo que me interesa también pensar en clave de instrumentalidad. Es el reconocimiento de cierta fragilidad común que tenemos que hacer, sobre todos los técnicos en relación a los usuarios. Hay algo ahí de una vulnerabilidad común, nos diría el maestro Antonio Nery Filho, y me parece que ese reconocimiento de una fragilidad, ese reconocimiento de una vulnerabilidad común se convierte también en una opción o un camino para pensar la intervención. Y en esta instrumentalidad, dos cosas más quisiera señalar, que es algo en relación a una ruptura con el modo más histórico en que este tema o este campo del uso de drogas se viene pensando, que es romper siempre con la idea de lo uno. Muchos de los debates que se han construido en torno al campo de los usos de drogas, se han construido en base a pensar una respuesta o, en el mejor de los casos, a construirla dicotómicamente; o es reducción de daños o es abstencionismo; o es una cosa o es la otra.

Y ahí a mí me parece que lo interesante de una construcción, de un pensar situado, en el campo más de la instrumentalidad, nos debería llevar a pensar un poco más en una lógica de lo múltiple. Lo uno, incluso lo dicotómico, es por definición lo anticomple-

jo, y muchos aquí en sus presentaciones hicieron una apelación a la complejidad o al reconocimiento de la complejidad del fenómeno de las drogas. Entonces, si reconocemos esa complejidad, ni lo uno, ni lo binario, ni lo dicotómico es una construcción posible para la intervención, sino más bien que hay que entrar en esa lógica de lo múltiple, que es no buscar una solución; no tenemos una única interpretación sobre los problemas. No hay que asumir que hay un único camino, no se le puede pedir todo a un único cuerpo. De alguna manera, hago propia la frase de Deleuze que dice "lo múltiple hay que hacerlo". Lo múltiple no es una definición, lo múltiple es una práctica, que hay que hacerla.

No hay que asumir que hay un único camino, no se le puede pedir todo a un único cuerpo. De alguna manera, hago propia la frase de Deleuze que dice "lo múltiple hay que hacerlo".

Y lo último, en todo caso, que también quisiera traer en clave de pensar lo instrumental, es que esa instrumentalidad - así como si pensamos la definición política -, la pensamos en clave de un antipunitivismo o antiprohibicionismo, en clave de pensar la reducción de daños desde su dimensión instrumental, lo vamos a hacer en clave de pensar cierto orden del cuidado del otro. Y ese cuidado, lo pienso (ahí hago un poco un guiño intencional a Mauricio Macedo, de Brasil)… y pensar en ese modo de concebir el cuidado tal como nos lo propone …, que nos lo propone como un acontecimiento y no como un acto hacia el otro. Y la diferencia en pensar el cuidado como un acto o como un acontecimiento se apoya en esa construcción relacional posible. El cuidado como un acto es el cuidado que uno realiza sobre un otro; el cuidado como acontecimiento es una construcción relacional entre quienes cuidan y entre quienes son cuidados. Y en ese modo de cuidarse, de quienes cuidan… y en esa relación, y en ese vínculo, se construye una otra forma. Entonces, ese modo de pensar el cuidado como acontecimiento me parece que pone en primer lugar, de vuelta, la figura de les usuarios de drogas como protagonistas de ese acto, de ese acontecimiento del cuidado.

Y lo último quisiera decir una reflexión que me convoca algo que estuvo presente en muchísimas de las presentaciones que hicieron, que tiene que ver con la exigencia de la evidencia científica. Yo creo que sería como absurdo absolutamente negar la importancia de la sistematicidad, de la evaluación, de la transferencia de datos, de la transferencia de experiencias, pero también hacer un llamado a la no neutralidad de

la ciencia. La ciencia no es neutral, y, entonces, muchas veces, la aplicación de ciertos métodos y la aplicación de ciertos instrumentos para medir, para evaluar, no está ajena a una discusión sobre el poder, no está ajena a una discusión sobre cómo, de alguna manera, los medios socioculturales de interpretación y de comunicación, en palabras de Fraser, condicionan los modos que tenemos de nombrar y los modos que tenemos de abordar algunos problemas. Muchas gracias.

URUGUAY

Lic. Roberto Gallinal

TRABAJADOR SOCIAL, MIEMBRO FUNDADOR DE LA ASOCIACIÓN CIVIL INTERCAMBIOS, DOCENTE E INVESTIGADOR DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE MORENO, COORDINADOR DE PROYECTO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL.

Licenciado magíster en Trabajo Social, especialista en usos problemáticos de drogas, cuenta con una trayectoria amplia como docente nacional e internacional en la temática en diferentes ámbitos públicos y privados; es exprofesor del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República; exdocente del Diplomado en Políticas Públicas y Drogas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso); ha participado como docente tutor de personal sociosanitario de España y América Latina para el abordaje de poblaciones de alta vulnerabilidad, en particular migrantes, y dispositivos abiertos, en el marco del Plan Nacional de Drogas de España y el Centro de Formación de la Cooperación Española (Aecid); ha participado como capacitador en distintas propuestas junto a la Secretaría Nacional de Drogas, en particular, tutor en cursos del Consejo de Formación en Educación de la Administración Nacional de Educación Pública; es presidente y coordinador del Área de Tratamiento Comunitario en la asociación civil Encare.

Buenos días. Antes que nada, muchas gracias a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación. Es un gusto para mí estar de vuelta, hace mucho tiempo que no estoy por acá, como muchos de ustedes, encontrándome con gente de muchos años. Yo estoy también en el tema desde el año 86, otro viejo en estas ideas, debates y demás. Centré mi trabajo en ir comentando los aportes que fueron haciendo los panelistas que me precedieron. Entonces, no voy a trabajar sobre mi experiencia de trabajo, sino sobre lo que yo fui escuchando, y, a partir de ahí, las cosas que me parece importante anotar. Primera cuestión, me pasa lo siguiente: que por momentos entro en una dicotomía. Yo soy una persona que está muy convencido de los posicionamientos de Uruguay. Me siento cada vez más uruguayo, cada vez que escucho a alguien de las políticas uruguayas. Hoy me conmovió el doctor Radío en su exposición, por su pureza conceptual, por su mirada del hombre. Como siempre que me pasa que vengo a esta casa y escucho al doctor Leonardo Costa (en adelante, a todas las secretarías) y digo "vamo arriba, este es el Uruguay, esto es lo que yo quiero, y esto yo cuento". Desde ese lugar, yo me paro para mirar las políticas públicas en relación al tema drogas, y qué aportes puede hacer uno frente a estas miradas. Pero mientras siento eso y digo yo estoy acá, soy parte de esto, porque soy parte y me considero que he sido parte del debate histórico del país en esta transformación que hemos ido haciendo, me pasa una cosa que en un momento siento un quiebre, y es cuando todo este aporte, estas posiciones políticas que emanan de las Secretaría Nacional de Drogas se traducen, y ahí caemos en un agujero negro. Y este agujero negro me lleva a replantearme cómo sigue esto, cómo conecto el discurso, los posicionamientos de Uruguay a nivel nacional, a nivel internacional… He participado muchas veces en instancias internacionales defendiendo, acompañando y poniendo las posiciones de Uruguay y realmente son muy válidas, desde mi lugar… poca duda. Pero, cuando miro esto, empiezo a ver cómo se instrumenta, y políticas sin financiación no puede haber.

He participado muchas veces en instancias internacionales defendiendo, acompañando y poniendo como referencia las posiciones de Uruguay y realmente son muy válidas.

Por lo pronto, el primer agujero negro es que muchas veces los debates quedan en debates, las propuestas quedan en propuestas, los escritos quedan en escritos. Y cuando

se traduce a esa política, lo poco que hay y los presupuestos que hay se terminan traduciendo muchas veces en lo contrario a lo definido, lo contrario al supuesto conceptual y la definición política conceptual que tiene el órgano rector de las políticas de drogas, como es la Secretaría. Y ahí me empiezo a cuestionar, me empiezo a cuestionar por qué, qué es lo que sucede. Pero, bueno, ya este cuestionamiento… aprendí, crecí con él, ya tengo treinta años de trabajo en el tema. Entonces ya no me desespera, sino que me invita a seguir proponiendo cuestiones, políticas y prácticas y demás. El doctor Radío hoy dijo "tenemos que entender y aceptar el deseo a no dejar de consumir". Esta postura es el eje vertebral de cualquier proyección, cualquier diseño de política que se haga; porque si yo no entiendo esto, no estoy entendiendo la realidad de los seres humanos que están siendo abarcados y comprendidos por la política de drogas. Para poder escuchar, para poder entender, para ver sus deseos; porque el deseo en cualquier propuesta de intervención terapéutica es una parte casi fundamental. Para mí es fundamental, le doy matices, porque hay otras miradas con otros condimentos.

Entonces, esta frase del doctor Radío creo que nos ayuda a reubicarnos permanentemente. Aprender a reformular las preguntas. Nos tenemos que preguntar (como decía la doctora Raquel Peyraube) que el 10 % de los usuarios están preparados para dejar de consumir. Y si yo valientemente no me hago esa pregunta y conecto lo que la doctora Peyraube dice, ¿qué hacemos con el 90 %? ¿Desde qué oído, desde qué mirada, desde qué propuestas instrumentales yo voy a trabajar con ese otro 90 %? Estamos trabajando con el 90 %, sí, pero estamos trabajando desde miradas que muchas veces no tienen nada que ver con esta mirada - yo no me animo a llamar paradigma - yo prefiero llamarle mirada de reducción de riesgos y daños, todavía creo que faltan algunas cosas para que sea un paradigma real, pero es el debate.

Entonces, ¿qué hacemos con ese 90 %? Nos tenemos que preguntar qué prácticas vamos a hacer, porque las que venimos haciendo, las que venimos diseñando, las que venimos instrumentando y las que el Estado paga (paga, y paga mucho a pesar de la pobreza) no están dando los resultados esperados. Porque cuando el Estado define estas políticas, yo tengo que preguntarme quién las va a instrumentar. Entonces, ¿qué hace Salud Pública?, ¿cómo instrumenta Salud Pública esto en los territorios, estas políticas? Conozco los diagramas, conozco las propuestas, de los papeles, pero también conozco… hace veintidós años que estoy trabajando en la zona de Camino Maldonado, todo el eje de la zona este de Maldonado… de Montevideo, básicamente con nuestro centro, en Flor de Maroñas, donde yo hace tres años que no podemos conseguir un psiquiatra, donde derivación a cantidad de lugares resultan muy difíciles. Entonces me pregunto, nos preguntamos, nos tenemos que preguntar: ¿cómo estamos instrumen-

tando esas políticas? Es verdad, hay realidades, está difícil cubrir espacios dentro de la salud. El tema de la plata está también.

Pero también tengo que preguntarme cuando los usuarios de centros asistenciales públicos entran y salen una vez y otra vez. Y quieren entrar de vuelta, y piden ayuda, y les seguimos proponiendo lo mismo. "Anotate, te van a llamar, reunión para tal fecha", y el mismo protocolo, y la misma pauta de ingreso, y la misma propuesta, y al mismo tiempo con un discurso de reducción de riesgos y daños, pero la práctica termina al minuto, y es percibida por los usuarios… hay una propuesta abstencionista por detrás, y de las más rigurosas, e instituciones que tienen un discurso que convalidan estas propuestas. Está claro. Entonces, son preguntas que nos tenemos que hacer. Y el doctor Radío dice, bueno, "vamos a preguntarnos, animémonos a aprender a reformular las preguntas". Claro que sí. Las tenemos que reformular, pero entre todos, los decisores de políticas, los diseñadores de políticas, los que ponemos e instrumentamos las prácticas. Entre todos. Claro, son políticas complejas porque, como están caracterizadas por la incertidumbre y por lo no esperado, a veces tenemos que atravesar por lugares no conocidos, y lo no conocido nos da temor a todos; da temor al que la diseña la política y al que la instrumenta, y en el medio, todos.

"

También tengo que preguntarme cuando los usuarios de centros asistenciales públicos entran y salen una vez y otra vez. Y quieren entrar de vuelta, y piden ayuda, y les seguimos proponiendo lo mismo.

Entonces, esto lo tenemos que reconocer: la incertidumbre. Es más fácil adherir a propuestas que supuestamente son menos temerosas, propuestas mucho más abstencionistas, que son menos temerosas; la propuesta es única, no entra en debate, aquí cada paso entra en debate porque implica confrontación con el usuario, confrontación con el núcleo de referencia, confrontación con su contexto social del momento. Entonces, aquí, obviamente, que es difícil generar estas políticas, estas prácticas, pero acordamos con ellas, pero instrumentarlas…. Y, al mismo tiempo, son protectoras… mejor dicho, estas propuestas, tengamos claro que no son protectoras para las instituciones. ¿Por qué? Porque no protegen teóricamente. Porque implica que el personal técnico de los lugares, tiene que transitar por nuevos espacios, por nuevas formas de ejercer el

poder, por nuevas formas de ejercer su disciplina, por nuevas formas del vínculo con el usuario, y yo lo tengo que aceptar, y, por lo pronto, deja de ser protector, en primera instancia. ¿Por qué? Porque me hace transitar por lugares no conocidos, y me genera incertidumbre.

Entonces, eso lo tenemos que tener presente. Y eso requiere de formación. Las políticas de reducción de riesgos y daños requieren de altísima formación no solamente en lo conceptual y en lo metodológico, sino de altísima formación en cosas no específicas como, por ejemplo, el cómo estar, y la formación no es un yo, cara a cara, con una computadora, es un yo con el otro, y con la experiencia arriba de la mesa, la experiencia como forma de análisis, como forma de procesar el nuevo conocimiento.

Evidentemente cuando hablamos de las políticas y las prácticas de reducción de riesgos y daños, estamos hablando de Derechos Humanos. Me parece importante… lo daba por sentado, pero no, son políticas donde tiene los Derechos Humanos en la cúspide, y desde ahí tenemos que seguir pensando los derechos de los usuarios a decir que no, a decir "ni" también, esto sí y esto no. ¿Está claro?, aceptar este tipo de cosas. Los Derechos Humanos a que este usuario tenga consumos en intermitencia, a que este usuario vuelva muchas veces casi al mismo lugar de partida. Claro que esto produce frustración, dolor y muchas cosas más a los equipos que trabajamos en todo esto, pero debemos trabajarlo, tomarlo como aprendizaje. Son oportunidades, oportunidades para el crecimiento, para el diálogo, oportunidades para encontrar e ir más allá.

Uruguay no cambió de paradigma, la doctora

> Evidentemente cuando hablamos de las políticas y las prácticas de reducción de riesgos y daños, estamos hablando de Derechos Humanos. Me parece importante... lo daba por sentado, pero no, son políticas donde tienen los Derechos Humanos en la cúspide, y desde ahí tenemos que seguir pensando los derechos de los usuarios a decir que no, a decir "ni" también, esto sí y esto no.

Peyraube lo dijo muy bien, Uruguay tiene el deseo de estar posicionado en un paradigma. Uruguay hizo una muy buena, excelente, excepción en relación con el tema del cannabis, pero el paradigma está enunciado, no está transformado. Pero también saber que Uruguay cuenta con toda la comunidad que está en esto para seguir transformando en conjunto estas políticas. Entonces, como salir de la expresión del deseo a la realidad. Es un desafío que, yo diría - voy a usar una palabra - que amorosamente entre todos tenemos que construir. Cuando digo amorosamente es desde el lugar del honesto intercambio, del honesto aprendizaje que estamos haciendo, porque lo estamos haciendo, porque esto requiere de aprendizaje constante, porque esto requiere de transformación, porque los contextos socioculturales están en transformación permanente, y yo tengo que anclar estas políticas en procesos de transformación constante, y esto requiere aprendizaje.

ESCANEÉ EL CÓDIGO QR PARA VER EL VIDEO DEL FORO EN YOUTUBE

https://youtu.be/gbmkmHCcjeg

FORO

FORO ACADÉMICO

El vínculo educativo y su potencial preventivo. Límites y posibilidades.

SALA DE ACTOS DE PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
9 DE DICIEMBRE DE 2022

ÍNDICE

FORO 3 / 2022 **160**

Mesa de apertura
Dr. Rodrigo Ferrés 164
Presentación **166**
Esc. Beatriz Argimón 168
Sr. Álvaro Dastugue 170
Dra. Ana Ribeiro 172
Dr. Daniel Radío 176
Ponencias **180**
Ph.D. Augusto Pérez Gómez 182
Ph.D. Mag. Gregor Burkhart 188
Dra. Nilia Viscardi 196
Lic. Renato Opertti 206
Dr. Javier Lasida 216
Prof. Luis Giménez 222
Lic. Juan Pedro Mir 228

MESA DE **APERTURA**

URUGUAY

Dr. Rodrigo Ferrés

PROSECRETARIO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y PRESIDENTE DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Buenos días a todos, bienvenidos a la Presidencia de la República, Sra. vicepresidenta de la República, Beatríz Argimón, Sra. Subsecretaria de Educación y Cultura, Ana Ribeiro, Sr. Secretario General de la Junta Nacional de Drogas, Daniel Radío, Sr. Representante Nacional Álvaro Dastugue, bienvenidos todos. Buen día, es un verdadero honor para mí darles la bienvenida en este tercer foro académico organizado por la Junta Nacional de Drogas y que tiene por tema el vinculo educativo y su potencial preventivo, los limites y las posibilidades.

Muy brevemente, la Estrategia Nacional de Drogas, establecida por el gobierno, promueve y busca poner énfasis en la participación activa de la academia como instancia privilegiada e importante para integrar el conocimiento científico en el diseño de las políticas de drogas, la implementación de políticas públicas en esta materia, el desarrollo del trabajo interdisciplinario por lo que significa el tema de las adicciones, que tiene que tener un abordaje multifacético y la consideración de perspectivas diversas que puedan, en este tipo de ámbitos, enriquecer y fortalecer estas políticas públicas.

De la misma manera se intenta promover, a través de esta estrategia nacional, la articulación con el ámbito universitario, lo decía recién en cuanto al conocimiento científico y a la participación de la academia, pero además de ese ámbito de escenario educativo, se trasciende en la temática a lo que tiene que ver con los consumos problemáticos en materia de drogas, porque hablar hoy de educación, hablar hoy del vínculo educativo es, solo con el título, ir al fondo del asunto, porque en casi ningún tema, o en casi ningún problema, o en casi ninguna cuestión que nos este ocupando como sociedad, podemos verlo sin la educación. La educación, en ese sentido, juega un rol fundamental sobre todo en la etapa de prevención. En la jornada de hoy se van a poder tratar en un ámbito más especializado y con gente muy notoria y solvente en la materia esa incidencia del sistema educativo y de la educación en los distintos segmentos de edad. Sobre todo pienso, por ejemplo, en los adolescentes que están transitando en esa etapa de la niñez a la fase adulta y que son etapas en donde se duda mucho y hay inseguridades y hay ganas, pero a la vez problemas que tienen los chicos al afrontar la vida adulta y

que muchas veces cuando no hay una educación de base sólida, fuerte, no hay contextos familiares sanos, buscan en las adicciones lo que no pueden encontrar como valores en sus casas y por supuesto en los centros educativos.

El tema lleva a explorar, además, otras dimensiones, en el campo de la promoción de la salud, no solo en la prevención y además profundizar y establecer metodologías a nivel de la educación con evidencia científica y con sistemas que estén probados de que pueden ser eficientes para que el sistema educativo pueda ayudar en el abordaje de las adicciones. Por eso agradecemos profundamente la disposición del prestigioso panel, de toda la lista de personas y profesionales que nos van a ilustrar hoy y van a hacer un rico intercambio que con esa presencia y aportes garanticen el éxito de esta jornada. Y el agradecimiento, por supuesto, a todos los funcionarios y funcionarias de los distintos programas que trabajan en el tema de adicciones y por supuesto con especial énfasis a todos los funcionarios de la Secretaria Nacional de Drogas que todos los días trabajan mucho por tratar este tema que a veces, cuando no es abordado de manera consciente, profunda y con sensibilidad, se torna muchas veces como una patología o un problema que hay que resolver cuando ya la prevención no puede ayudarlos. Así que bienvenidos y muchas gracias.

> Hablar hoy del vínculo educativo es, solo con el título, ir al fondo del asunto, porque en casi ningún tema, o en casi ningún problema, o en casi ninguna cuestión que nos este ocupando como sociedad, podemos verlo sin la educación. La educación, en ese sentido, juega un rol fundamental sobre todo en la etapa de prevención.

PRESENTACIÓN

URUGUAY

Esc. Beatríz Argimón

VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

Muy buenos días queridos compañeros de panel, a quienes están aquí hoy presentes en el encuentro en un tema que realmente nos preocupa y debe ocuparnos.
En estos temas no suelo ser muy protocolar, pese a que la investidura a veces lo obliga, y me interesa mucho que ustedes sepan que durante muchos años de trabajar cercana a políticas de infancia, políticas de familia, a políticas sociales en general y desde el Parlamento Nacional sin lugar a dudas hemos transitado distintos estados de ánimo, con este tema que ustedes desde el punto de vista técnico abordan.
Cuando el Doctor Ferrés hablaba de esta nueva instancia que ustedes se dan con un foro académico, evidentemente ese intercambio que debe necesariamente existir entre el abordaje técnico y quienes confeccionan políticas públicas, pero fundamentalmente las políticas educativas, se hace cada vez más necesario. Algo que obviamente uno siempre focaliza en aquellos que van a recibir todo lo que implica técnicamente el abordaje de este tema hacia los niños y hacia los adolescentes. Pero en el más absoluto convencimiento que tambien es a través de ellos donde los más grandes nos aceramos a veces mejora el tema. Porque durante todos estos tiempos las familias se han visto desbordadas con este tema y así lo sentimos, cuando madres y padres y abuelas, se acercan, y generaciones que no vivieron estos temas con esta intensidad que hoy se están viviendo, piden ayuda.
Y yo creo que quienes formamos parte del sistema, tenemos que tener presente también los cambios que la sociedad va teniendo en respuesta a todo esto.
Yo el otro día miraba, - lo hablábamos con el Doctor Ferrés hace unos meses - el asumir públicamente ni silencio ni tabú frente a lo que es el suicidio de los adolescentes.
Durante muchos años se nos decía “no es el camino a transitar” y ahora la sociedad se mira en su tiempo, lo asume. Entonces cuán importante es que la Academia también en esa alianza estratégica con el sistema educativo nos permita conocer cómo abordar este tema, enfrentándolo como tenemos que enfrentarlo; saber que podemos estar asistiendo todos los días a la incautación de droga desde el punto de vista de la política que el

Ministerio del Interior lleva adelante en este sentido, pero que nosotros tenemos que enfrentar este tema desde otro lugar asumiéndolo. Pero también es verdad que se precisan herramientas urgentes, activas, de información cada vez más temprana a nuestros niños y nuestras niñas de cómo enfrentar este tema en etapas de vida donde a veces, obviamente, sabemos que hay muchas preguntas y que esa inestabilidad propia de la edad, de búsqueda, esto aparece, estratégicamente además.

¿Cómo respondemos nosotros? El mundo adulto, en un mundo donde muchas veces nos desborda la situación. Entonces me parece que lo de hoy es importante en ese paso a asumir la realidad. A lo que ustedes nos están convocando. Con ayudas, técnicamente, pensadas, elaboradas para ayudarnos. Y termino diciendo: estoy absolutamente convencida que no hay otra herramienta que fortalezca mas a los niños y a los adolescentes que lo que el sistema educativo les brinda en este tema pensado para ellos, accesiblemente desde el punto de vista de acceder a información que les sirva y que le de esa fortaleza que viene en ese proceso formativo y que obviamente, sumado a un componente familiar, institucional los va a posicionar diferente frente a este flagelo. Así que mi presencia aquí es no solo para ratificar mi apoyo a instancias como estas, vamos a esperar la finalización y todo lo que ustedes aporten para que las comisiones respectivas del Parlamento Nacional puedan tener lo que aquí se conversa, porque tambien nosotros necesitamos de esos insumos y conocimiento efectivo de lo que ustedes trabajan, a efectos de también ser conductores, en el momento de abordar estos temas, del conocimiento efectivo de lo que ustedes están trabajando en la materia. Así que muchísimas gracias por estar, el agradecimiento a este alto nivel de Foro Académico y por supuesto con quienes estamos permanentemente en términos de consulta, tanto con Radío como con el Doctor Ferrés, porque evidentemente es un tema acuciante que nos preocupa a la sociedad uruguaya toda.

Muchas gracias.

> Entonces cuán importante es que la Academia también en esa alianza estratégica con el sistema educativo nos permita conocer cómo abordar este tema, enfrentándolo como tenemos que enfrentarlo.

URUGUAY

Sr. Álvaro Dastugue

REPRESENTANTE NACIONAL Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE ADICCIONES DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Muchas gracias, buenos días a todos. Sra. vicepresidenta, Ana Ribeiro, Daniel Radío, Prosecretario. Es un placer estar aquí en este foro, de verdad un honor.
Los que trabajamos en el tema y estamos cerca del tema, sabemos la importancia de lo educativo - preventivo, creo que es el mayor desafío. Muchos de nosotros podemos tener diferentes opiniones en diferentes políticas que en los últimos años han llevado nuestros gobiernos relacionado al tema droga. De hecho en el Parlamento de la República han quedado plasmadas las diferencias que tenemos algunos partidos, algunos sectores o individualmente legisladores o líderes sociales. Pero si, y eso es seguro, no tenemos diferencia en este tema.

Seguramente todos los que estamos acá estamos total y absolutamente convencidos que la principal política de drogas en nuestro país pasa por lo educativo. Seguramente todos los que estamos acá sabemos que nuestros niños y adolescentes lo que necesitan es información y que esa información es la que nos trae libertad. Esa libertad que tanto hemos impulsado y apoyado en estos últimos tiempos en nuestro país.
Yo tengo 42 años, estoy casado ya hace 15, - si mi esposa me ve dudar aquí me estaría retando - y tuve una adolescencia, como dice algún amigo, con a mayúscula. Así que yo también fui víctima durante algunos años de esa falta de información. De esa falta de prevención y educación.
En algunos años de mi adolescencia estuve, como dice mi mamá, un poco descarriado, pero desde hace veinte años que no uso ni consumo ninguna clase ni tipo de drogas y considero que mi involucramiento, en esa adolescencia con a mayúscula, fue porque me sumé, me acerqué, a un grupo de amigos que promovía y motivaba a que algunos compañeros de clase nos hiciéramos la rabona, como se decía allá en el departamento de Rivera donde yo vivía en mi adolescencia, y saliéramos a consumir drogas.

La falta de la percepción o la baja de la percepción del riesgo me hizo víctima lamentablemente de una promoción que es dañina, que es muy nociva, no solo al individuo, sabemos que todo joven, toda persona que consume drogas, no se hace mal solo a él sino que destruye su familia, sino que destruye su entorno. Nosotros, como decía la vicepresidenta, constantemente estamos recibiendo, constantemente, tanto en la Comisión de Adicciones, en el Parlamento, pero en la calle, en la esquina, en el quiosco, en el almacén, en nuestras casas, en nuestros teléfonos, en el Whatsapp, en nuestras redes sociales. Constantemente mamás, papás, tíos, tías, hermanas, hermanos, abuelos, que nos gritan y nos exigen que hagamos algo con este tema.

> Constantemente mamás, papás, tíos, tías, hermanas, hermanos, abuelos, que nos gritan y nos exigen que hagamos algo con este tema.

Así que cuando asumió Daniel Radio y Rodrigo Ferrés la conducción de la Junta Nacional de Drogas, inmediatamente me reuní con Daniel, con mi amigo Daniel, y charlamos sobre este tema y el dijo que la Junta Nacional de Drogas en este próximo período cercano iba a enfatizar en el tema educativo preventivo. Así que yo quiero felicitar, para mi es este el camino, quiero honrar la palabra que nos dio en aquel momento que lo está llevando a cabo, como sabemos que así lo hace, lo que dice hace, y saludarlos a todos ustedes y confirmar una vez más que este es el camino que debemos asumir.

Muchas gracias y buena jornada.

URUGUAY

Dra. Ana Ribeiro

SUBSECRETARIA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Muchas gracias. Muy buenos días a todos, al ilustre panel que me acompaña y a los ilustres técnicos que se que están allí entreverados con el público.

Aquí Rodrigo decía "es un honor". En mi caso es un susto y un dolor. Y explico por qué. Cuando yo era profesora, un día en uno de los pasillos noté un olor raro y llegué a la sala de profesores en donde provoqué una carcajada general muy grande porque dije ¿porque hay olor a incienso en el pasillo? Algo de Caperucita tengo en ese sentido. Entonces no tuve ninguna experiencia a diferencia de Dastuge. Yo me hacia la rabona para ir a escuchar a Wilson Ferreira Aldunate una vez en mi vida, fue la única rabona que me hice, después era demasiado correcta. Pero si vi, como profesora, el efecto devastador, en todas sus formas, en alumnos queridísimos y brillantes a los que vi perder lucidez, alegría, vínculos familiares, inteligencia, claridad en la mirada, y los vi verse perder con absoluta impotencia.

Se ha repetido aquí, se repetirá probablemente durante toda esta jornada, que no hay mejor política que la de prevención, y es cierto, el mero prohibicionismo no nos lleva a ningún lado y ya lo sabemos y que el camino más fértil de la prevención es el de la educación.

Pero yo les ruego y confío enormemente en la jornada de hoy en los técnicos que están trabajando, y que hoy aquí van a exponer, les ruego que consideren la educación en su complejidad. Porque si uno lo dice de manera liviana, puede pensar que el profesor llega y les explica en una clase lo nocivo que es. Pero cuando decimos educación, nosotros no nos educamos solamente en un aula, nos educamos en los pasillos, no nos educan solo los profesores, nos educan nuestros pares, y la niñez, la pre adolescencia, y la adolescencia son edades en donde precisamente rompen con los adultos, descreen de los adultos, su acto de rebeldía, su mejor manera de demostrar que adolecen, porque los adolescentes adolecen, es desobedecer, es transgredir, es hacer lo contrario. Educa mucho más un compañero de clase que viene e invita a la rabona, al porro, a todo

lo que sigue, en esa cadena que todos conocemos muy bien y que comienza como una transgresión, como un camino a la creatividad, quizás, como una diversión, como un camino de integración con los otros del grupo al que quiero verme integrado porque sino quedo al margen. Y luego sigue con una demanda *in crescente* en donde voy cada vez precisando mas y finalmente un día me doy cuenta que soy un adicto o lo peor, ni me doy cuenta.

Sí se da cuenta mi familia, sí se da cuenta el entorno.

Y pasamos, en los últimos años, de un proceso raro en el que estuvo involucrada la sociedad entera, en la que pasamos de la prohibición, la demonización, a la permisividad y casi al elogio, en esa confusión en la que además aparecieron en el mercado, productos medicinales con efectos muy positivos, que proceden del mismo, la misma matriz de la que sale el producto nocivo. Entonces la mezcla de sensaciones, la mezcla de mensajes es inmensa. Y les ruego también a esos técnicos que no olviden algo que en los medios de comunicación se llama *función bárdica*; cuando uno le dice bardo a los adolescentes en realidad eran los aedas de la edad media, los que iban por los pueblos contando las noticias aunque tuvieran siete años de atraso. Eran noticias porque todos vivían en cotos aislados. Pero ellos la resignificaron semánticamente y ahora bardo quiere decir lio. Función bárdica, no es ni lío ni nada por el estilo, sino quizás el lío que se produce cuando uno pasa a tener una información como la que los aedas iban repartiendo por los pueblos.

Pasamos, en los últimos años, de un proceso raro en el que estuvo involucrada la sociedad entera, en la que pasamos de la prohibición, la demonización, a la permisividad y casi al elogio.

¿Esto qué significa, traducido en lenguaje más sencillo?

Uno puede estar viendo una película de clase zeta, espantosa, malísima, terminar desconforme con el director y los actores, pero de pronto en esa película vio Aruba por primera vez y entendió un montón de cosas. Entendió el paisaje, entendió el efecto del petróleo en un pueblo que perdió la agricultura, entendió las aguas transparentes, el turismo, y se le apetece de allí en adelante quizás un día ir. Esa es la función bárdica. A nosotros nos están educando todo el tiempo con mensajes transversales que vienen de todos los sitios. Y cuando se piensa en prevenir desde la educación tiene que pensarse en algo más que en aula, tiene que pensarse en las comunidades educativas, en las comunidades educativas en relación a los grupos familiares. Tiene que pensarse en la integración barrial, en la integración en los entornos sociales más inmediatos, y

en la conexión de todos esos círculos de pertenencia que penden sobre la cabeza de los adolescentes, porque donde una de esas puertas se cierre, la frustración da camino a una necesidad que a veces la droga ampara y parece consolar.
Así que confío enormemente en que estas jornadas serán de enriquecimiento en ese sentido. Prevenir. Pero no prevenir como una palabra simple sino como un camino a la complejidad que nos involucra a todos, ni uno menos, en ninguna parte, todos tenemos responsabilidades respecto a algo que vuelvo al principio, a mi me angustia enormemente, como a todos ustedes, muchas gracias.

URUGUAY

Dr. Daniel Radío

SECRETARIO GENERAL DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Señora vicepresidente de la República, Sr. prosecretario, Sra. subsecretaria de Cultura, Señor Presidente de la Comisión Especial de Adicciones, Señoras y Señores, gracias.

Cuando pensaba recién, es el tercer evento, me acuerdo cuando la primera vez, a fin de año, a fin del primer año, yo asumí por julio de 2020, le propuse a los técnicos de la secretaría "hagamos a fin de año, cerrando un año, un evento académico, ojalá podamos repetirlo" y no hemos fallado. Así que yo quiero agradecerle a los técnicos de la secretaría que preparan esto, que se esfuerzan, esto es fruto de trabajo de gente que está todos los días al pie del cañón preparando estas cuestiones, no sólo estas cuestiones, eso lo quiero comentar ahora. Nosotros estamos convencidos que desde un enfoque que vaya más allá de lo estrictamente sanitario, desde un enfoque que tenga en cuenta los Derechos Humanos de las personas, la prevención de los usos problemáticos de drogas es un componente esencial de una mirada integral que se haga cargo de la complejidad y de las múltiples dimensiones involucradas.

En esto hemos estado trabajando junto con los técnicos de la Secretaria de Drogas sin alharacas, sin titulares de prensa, sin buscar ser noticia.

Les quiero contar que hemos desarrollado un plan integral de prevención y que hemos fortalecido el Área de Formación de la Secretaria Nacional de Drogas y que solo a lo largo del último año hemos realizado una multiplicidad de eventos de capacitación en la que participaron documentadamente varios miles de personas, profesionales de la salud, médicos, enfermeros o enfermeras, trabajadores, trabajadoras sociales, licenciados en psicología, funcionarios públicos de distintas dependencias de la administración que trabajan en asuntos relacionados con esta problemática, los técnicos que

se desempeñan en la Red Nacional de Atención en drogas, y muchas otras personas que han estado interesadas, porque capacitarse también es hacer prevención.

Notoriamente los problemas asociados al uso de sustancias no son exclusivos de nuestro país. Nuestras sociedades han devenido en ámbitos de consumo y el consumo ha dejado de ser un momento en la cadena en la actividad económica para transformarse, en la sociedad contemporánea, en una manera de estar en el mundo, de relacionarse con los demás, y de construir la propia identidad. Y cabe preguntarse cuánto pueden y cuánto deben hacer las políticas públicas para tratar de interferir o no con las decisiones de las personas respecto a esa tendencia evolutiva, en el sentido de una pulsión hacia el incremento persistente del consumo, del consumo de cosas, de sustancias entre otras cosas. Hay quien dice que las personas que tienen una adicción son personas híper adaptadas al mandato social de consumir. Otra cuestión son los daños asociados al consumo.

Otra cuestión son los daños asociados al consumo. Y ahí sí parece ser un objetivo indiscutible y loable que la política se proponga evitar los daños y apoyar a las personas para que puedan tener un marco apropiado para el desarrollo de vidas mas plenas, más sanas, más capaces.

Y ahí sí parece ser un objetivo indiscutible y loable que la política se proponga evitar los daños y apoyar a las personas para que puedan tener un marco apropiado para el desarrollo de vidas mas plenas, más sanas, más capaces, para que puedan hacer más cosas, para que puedan producir más afecto, para vivir en armonía con la comunidad. Y allí es donde algunos puntos de vista empiezan a ser divergentes. ¿Hacia dónde queremos ir?

¿Qué es lo que queremos al final del camino? ¿Qué definiciones en políticas de drogas son necesarias para mejorar las condiciones de vida de las personas?

Porque las políticas también pueden ser iatrogénicas, las políticas también pueden dañar. Y entonces hay que hacer el esfuerzo de afinarle la punta al lápiz y tratar de diferenciar cuáles son los problemas que están en la base, que son generadores de vulnerabilidad y que por lo tanto favorecen la aparición de usos problemáticos y cuál es su magnitud.

¿Cuánta pobreza, cuánta desigualdad, cuánto se vulneran los Derechos Humanos?

¿Cuáles de estos problemas se han generado por el uso de drogas? ¿Y cuáles se han generado a punto de partida de políticas globales equivocadas que hemos desarrollado

en el mundo? ¿Cuáles son las consecuencias de la represión de los individuos y del encarcelamiento de los usuarios de drogas que cometen delitos menores relacionados con el consumo? ¿Cómo afecta esto su situación de consumo problemático, cómo afecta a su familia y a sus hijos? ¿Cuál es el balance? Y entonces después, quizás, podamos preguntarnos qué es lo que queremos prevenir. Parece sensato tratar de evitar los consumos tempranos, de hecho ese es uno de nuestros objetivos de largo plazo. Parece lógico que tengamos previstas respuestas para los problemas de salud vinculados al consumo, que tengamos servicios de calidad y accesibles. Pero también parece prudente que el Estado intervenga reforzando el escudo de protección social que trate de atenuar las consecuencias de las inequidades a las que, particularmente nuestros niños, se ven expuestos porque cualquier esfuerzo de prevención se desmerece si persisten vacios de atención, si hay vulnerabilidades ligadas a la violencia, o si la gente no consigue trabajo.

El docente es un actor clave por su incidencia en el desarrollo de medidas cognitivas, sociales y afectivas, por su vínculo privilegiado que se desarrolla en la cotidianeidad del espacio educativo con el grupo de pares de nuestros jóvenes.

De lo que se trata es de conseguir que nuestros jóvenes reconozcan en el mundo un lugar valioso. De lo que se trata es de incentivar su lucidez y de que estén reactivos y de que resistan el adormecimiento que les propone la cultura de la instantaneidad, el adormecimiento a los que los somete el presente infinito donde los planes de futuro molestan, el presente infinito al que nos condenaron los manuales de autoayuda. De lo que se trata es de que sepan que existe una manera de salir del bucle perpetuo del videojuego en el celular o la computadora, que existen antídotos para el vértigo de verse entrampado en el reflejo de un espejo que refleja a otro espejo. Porque tener recursos para salir de la trampa laberíntica donde no hay futuro implica la posibilidad de proyectarse, de pensar más allá de la voracidad del momento, de construir la esperanza, que es lo que en algún momento se pierde.

En ese contexto se jerarquiza el rol del docente. El docente es un actor clave por su incidencia en el desarrollo de medidas cognitivas, sociales y afectivas, por su vínculo privilegiado que se desarrolla en la cotidianeidad del espacio educativo con el grupo de pares de nuestros jóvenes. En ese contexto se destaca la importancia del trabajo con las familias y con los adultos referentes, en ese contexto se jerarquiza la relevancia del sistema educativo todo, con su rol insustituible en la prevención de uso problemático

de drogas, pero sobre todo en la promoción de trayectorias de vida resilientes.

Y es por eso que hoy agradecemos muy especialmente a aquellos que han acudido a nuestra convocatoria para tratar de reflexionar juntos y, si es posible, para tratar de esbozar algunas respuestas. Cómo hacemos para que nuestros muchachos puedan aprender a navegar solos, en libertad, y que sean capaces de aprehender toda la riqueza de lo que los espera. Cómo ayudamos para que entiendan que las decisiones que toman tienen consecuencias. Cómo los acompañamos. Cómo hacemos más robusto su patrimonio de recursos y sus potenciales personales y sociales que les puedan apoyar en el largo plazo.

Cómo hacemos, en definitiva, para que también desde nuestras aulas nos enfoquemos en la promoción de un modelo de convivencia que fomente el respeto a las normas y la construcción de un marco valórico que sustente la convivencia, que nos impulse a no ser indiferentes, que brinde un contexto propicio para el desarrollo de sentimientos y actitudes solidarias y que promueva la elección, por parte de los individuos, de hábitos de vida saludables, que es lo ideal para anticiparnos a la situación de uso problemático de drogas.

Gracias a todos por estar y vamos a escuchar a los que saben.

PONENCIAS

COLOMBIA

PhD. Augusto Pérez Gómez

DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN NUEVOS RUMBOS DEDICADA A LA INVESTIGACIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS. PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DEL BOSQUE, PSICÓLOGO CLÍNICO E INVESTIGADOR EN EL ÁREA DE DROGAS Y ALCOHOL.

Muchas gracias. Es un gran placer estar hoy con ustedes, quiero darle las gracias a la Junta de Drogas de Uruguay por esta invitación y a Ana Castro en particular por haber estado en contacto conmigo. Yo he sido profesor toda mi vida. Una larga vida ya. Y fui entrenado como psicólogo clínico, pero hace veinte años decidí que había llegado el momento, tal vez, de dar un giro porque aunque la actividad clínica me complacía enormemente, me he dado cuenta que los alcances de lo que yo hacía eran muy limitados, entonces hice un giro -siempre he sido investigador también- pero hice un giro muy grande, muy fuerte y me dediqué exclusivamente, o casi exclusivamente, a trabajar en el área de prevención. Este camino fue un camino muy largo, treinta años casi, durante los últimos veinte dedicado casi exclusivamente a ese punto, pero fue un camino lleno de frustraciones. Porque como ustedes saben muy bien, hasta hace relativamente poco tiempo, la prevención no era un campo en el que se invirtieran muchos recursos y sobre todo desde el punto de vista investigativo que es esencial, porque sin evaluaciones no es posible hacer las cosas bien. Lo que nosotros afirmábamos muchas veces no tenía mayor fundamento.

Esa situación ha cambiado radicalmente. En el momento actual hay organizaciones, Gregor está aquí con nosotros hoy, también lo podrá confirmar, hay organizaciones que han dedicado enormes cantidades de energía a tratar de evaluar todo lo que hacemos y a tratar de identificar cuáles son las principales variables que nos pueden permitir hacer una prevención adecuada.

Yo lo que les voy a presentar hoy es el resultado de un trabajo que hemos desarrollado durante ya un buen tiempo y que es la "Estrategia de desarrollo social como

instrumento de prevención en el ámbito escolar". Primero que todo lo que tenemos que decir es que un maestro es mucho más que un transmisor de información, un maestro es un guía, es una fuente de estímulos, es un modelo para la vida y no debemos olvidar que los niños y los adolescentes pasan la mayor parte de su vida despierta en las escuelas, por consiguiente allí tenemos acceso directamente a ellos, y lo que les voy a mostrar no es una técnica ni un programa, sino que es una manera de relacionarse.

Esto surge del trabajo de David Hawkins y de Rico Catalano en el año 1996, como parte de una de las estrategias de prevención mas importantes que existen en el momento actual que se llaman "Comunidades que se cuidan", en su versión en español, "Communities That Care" que se implementa en cerca de catorce países. En Colombia lo estamos implementando desde hace ya más de diez años y hemos trabajado con este enfoque también con Chile y con Brasil.

El enfoque que les voy a presentar, la estrategia de desarrollo social, es de una simplicidad inmensa. Pero lo sorprendente es que en la vida corriente esas cosas no se hacen o no se hacen de una forma ordenada y sistemática.

El enfoque que les voy a presentar, la estrategia de desarrollo social, es de una simplicidad inmensa. Pero lo sorprendente es que en la vida corriente esas cosas no se hacen o no se hacen de una forma ordenada y sistemática. Porque lo que implica este enfoque es crear un marco de protección para los niños y para los adolescentes a partir de algo que conocemos bien hoy en día quienes trabajamos en este campo, que son los factores protectores y los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

El esquema general de este enfoque es el que ustedes ven en las diapositivas. Ven ahí que hay unas flechas que hablan de oportunidades, habilidades y reconocimiento, en donde el propósito es llegar a unas conductas saludables a través de la definición de unas pautas claras de la creación de unos vínculos y de la identificación de unas características individuales de los jóvenes. En otro esquema, en otra forma de este mismo esquema, lo que buscamos entonces es construir una protección para los niños en donde la meta es definir unos comportamientos saludables en cada uno de los cuatro ámbitos en los cuales se trabaja con este enfoque. Esos cuatro ámbitos son la escuela, la familia, la comunidad. Para nosotros si la comunidad no participa, la probabilidad de que una estrategia preventiva tenga éxito es muy limitada y por consiguiente, y por

razones obvias, los adolescentes y sus pares. Esos son los cuatro ámbitos en los que trabajamos.

Entonces hay que definir las creencias saludables y unas pautas claras en esos cuatro ámbitos construyendo unos vínculos y construyendo unos compromisos en los cuatro ámbitos a través de tres cosas que son básicas y que todo maestro siempre está tratando de apoyar, ofreciendo oportunidades, desarrollando habilidades y ofreciendo reconocimiento. Todo esto sobre la base de unas características individuales que se identifican a través de unos instrumentos que hoy en día en diferentes países ya están disponibles. Cada país dispone de instrumentos. Para esto nosotros utilizamos una adaptación de la encuesta para jóvenes de "Comunidades que se cuidan". Nosotros la adaptamos en Colombia y tenemos datos de 95.000 jóvenes en todas las regiones del país y con base en esto entonces podemos ir definiendo cada uno de estos elementos.

Que son comportamientos saludables.

Comportamientos saludables son aquellos que promueven el desarrollo físico y sicológico, son aquellos comportamientos que nos permiten evitar enfermedades o problemas de salud. Todos sabemos perfectamente que el consumo de sustancias, especialmente los adolescentes y las personas muy jóvenes, puede llevar a que se desarrollen serios trastornos de salud. Pero igual en los adultos también. Lo que pasa es que los jóvenes son mas lábiles, mas frágiles, porque su sistema nervioso está en pleno proceso de desarrollo. Son comportamientos que nos permiten tener mejores relaciones con las otras personas y producen bienestar y no tienen consecuencias negativas o muy pocas. Porque el hecho concreto también, que no podemos ignorar, es que hay muy pocos comportamientos así, como hay muy pocos medicamentos que no tengan efectos colaterales en un momento u otro y que pueden ser positivos o no tan positivos.

Como definimos las creencias saludables.

Sobre la base de lo que sabemos, y lo que sabemos nos los dice la ciencia, lo que hoy en día se conoce como la ciencia de la prevención, nos los dice el sentido común, mucho antes de que hubiera leyes sobre el no consumo de alcohol en los adolescentes. Prácticamente todos los países del mundo ya tenían reglamentado que los adolescentes y los jóvenes, los menores de edad, los niños, no debían tomar alcohol,. Eso no fue el resultado de una investigación. La investigación ratificó lo que el sentido común dictaba. Pero en este campo también esto puede ser muy importante. Y la experiencia nos muestra perfectamente, sin necesidad de investigación, el impacto que tiene el consumo de sustancias sobre los niños, sobre los adolescentes, puede ser devastador y muchos de esos efectos son irreversibles. Eso lo ha demostrado la investigación de una manera clarísima. El hecho de consumir marihuana a los catorce años de una manera frecuente puede provocar efectos irreversibles.

Meir y sus colaboradores mostraron en base a un seguimiento de más de treinta años a una cohorte de cerca de 1500 niños hasta que llegaron a la adultez que quienes empezaron a consumir marihuana a los catorce años y la consumían con frecuencia,

presentaban trastornos relacionados con la atención y con la memoria cosa que está sobradamente demostrada. Pero además de eso que podían perder hasta ocho puntos de cociente intelectual y que esa pérdida era irreversible. Entonces estamos hablando aquí de cosas que son realmente muy problemáticas y que lo demuestra la experiencia cotidiana.

¿Qué pueden ser definidos como pautas saludables claras, lo que en otros contextos se llama estándares de salud?, nosotros preferimos llamarlos pautas.

El hecho concreto es que cuando tenemos definidos los comportamientos y las creencias saludables, tenemos que ser capaces de generar pautas de comportamiento y esas pautas se van a dar de manera específica en diferentes entornos. Por ejemplo estas que les pongo acá pueden ser generales, puede ser la sociedad en general la que dice: las personas menores de edad no pueden consumir alcohol ni fumar. En las familias se puede decir: no puedes estar frente al televisor más de dos horas o los videojuegos son solamente para los fines de semana. O hay normatividades en diferentes entornos que la dicen a los jóvenes: debes practicar por lo menos un deporte cuatro horas semanales.

El hecho concreto es que cuando tenemos definidos los comportamientos y las creencias saludables, tenemos que ser capaces de generar pautas de comportamiento y esas pautas se van a dar de manera específica en diferentes entornos.

Es muy desafortunado ver que esto hoy en día no está ocurriendo. Una gran cantidad de adolescentes se gastan esas cuatro horas multiplicadas frente a una pantalla de televisor, de un computador, o de una tableta.

¿Cuál es la esencia del trabajo de un maestro?

Es dar oportunidades. Oportunidades de aprender creando condiciones no amenazantes. Carl Rogers, uno de los más eminentes psicólogos de los Estados Unidos y una de las personas que más ha influido sobre el desarrollo de la psicología clínica, todo lo que conocemos como entrevista motivacional, deriva directamente de los trabajos de Rogers. Rogers decía que nadie le enseña nada a nadie, que lo único que hace un maestro es crear las condiciones para que las personas aprendan y esas son condiciones de no amenaza.

El maestro crea oportunidades de descubrir sugiriendo formas de nuevas de hacer las cosas, es una fuente de información que le puede decir a un joven donde encontrar algo que está buscando, le puede decir por qué no debe buscar en internet cierta informa-

ción sino que la debe buscar en otros sitios.
Es una persona que es capaz de permitir que se mejoren las cosas que el estudiante está haciendo, que estimula el que los jóvenes sean creativos.
Yo nunca olvidare a mi Profesor de Historia del Arte en mi primer año de universidad cuando en un examen nos pregunto que cuál era la explicación de las figuras de las Cuevas de Lascaux la verdad es que yo no tenía ni idea, porque no había estudiado mucho para ese examen, y entonces escribí un texto sobre que eran ritos vudú, yo conocía las pinturas de Lascaux pero no había leído el texto que tenía que leer y el profesor me dijo: su respuesta no tiene absolutamente ningún sentido porque el vudú es algo muy local, derivado de creencias africanas en Haití, pero no tiene absolutamente nada que ver con Lascaux. Pero por la creatividad le doy una muy buena nota y esa buena nota me permitió a mi entender que debía ser más cuidadoso en las veces siguientes. Y un maestro también es una persona que estimula el que se tome iniciativas.

El reconocer que alguien está haciendo bien o lo está intentando o está procurando desarrollar algo, ese reconocimiento es una fuente de estímulos muy importante y crea vínculos.

Las habilidades. El salón de clase es un ambiente óptimo en el que una maestra puede hacer pequeños ejercicios de manejo de conflictos, de comunicación asertiva, de colaboración, de desarrollo de estrategias de estudio eficiente y en donde les va sugiriendo a los estudiantes tareas de una complejidad creciente.
Y el reconocimiento, todos lo sabemos, prácticamente en todas las culturas humanas, el reconocer que alguien está haciendo bien o lo está intentando o está procurando desarrollar algo, ese reconocimiento es una fuente de estímulos muy importante y crea vínculos, crea vínculos entre el maestro y sus estudiantes, y esto significa que entonces la maestra puede hacer señalamientos positivos frecuentemente, felicitar por un logro, dejar ver que ella percibe los cambios que están ocurriendo en un estudiante, hacer anotaciones estimulantes para el grupo y para los individuos y todo esto crea un clima que es un clima protector y no amenazante.
En cuanto a las características individuales todo maestro o toda maestra sabe que su clase tendrá perezosos, inteligentes, desordenados, habladores, distraídos, graciosos, silenciosos, hostiles, buenos, pesados, sencillos, altaneros, y todos los epítetos que ustedes consideren que se pueden atribuir a un joven estudiante. Pero que lo que importa aquí es que ningún niño se definirá por un solo rasgo, si ustedes quieren hacer

el ejercicio, podrán ver que cualquier niño puede tener todas las características de la columna de la izquierda, cualquier joven puede ser todo eso al mismo tiempo, perezoso, inteligente, desordenado, hablador , distraido y gracioso. O silenciosos, hostiles, buenos, pesados, sencillos o altaneros.

El hecho es que al conocer a sus estudiantes los maestros podrán calibrar mejor cuáles son las oportunidades que cada niño necesita y con base en eso facilitar el desarrollo de habilidades y los reconocimientos.

Entonces tomemos un caso hipotético de un niño llamado Carlos. Entonces cuando miremos cuales son los comportamientos saludables, la pregunta que nos podríamos hacer con respecto a este niño en su salón de clase es ¿Cuáles son los comportamientos saludables que el maestro o la maestra está tratando de promover en este momento? En cuanto a las creencias cómo las comunica y las refuerza y cuáles son los estándares o las pautas para esos comportamientos. En cuanto a los vínculos está desarrollando vínculos y cómo los está manejando, qué oportunidades le está dando y habilidades le está enseñando, cómo reconoce los esfuerzos este joven y cómo toma el maestro la personalidad y las habilidades de este niño.

Esto es en esencia lo que yo les quería presentar. Como ustedes ven no es una estrategia, no es una técnica, no es un programa, es un ambiente, es una forma de relacionarse que todo maestro y toda maestra pueden crear en su sala de clases y que va a repercutir probablemente mucho mas allá de ese ámbito. Muchas gracias.

ALEMANIA

PhD. Gregor Burkhart

TRABAJÓ CUATRO AÑOS EN PEDIATRÍA EN KÖLN, DOCTORADO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO Y ENFERMEDADES EN CANDOMBLE EN BAHÍA, BRASIL. MÁSTER EN SALUD PÚBLICA EN DUSSELDORF. DESDE 1996 ES RESPONSABLE DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE DROGAS Y TOXICOMANÍAS DESDE EL CUAL SE APLICA EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LA EUPC PARA RESPONSABLES DE LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN EUROPA Y PAÍSES ASOCIADOS. ADEMÁS DESARROLLO DE INDICADORES COMUNES SOBRE LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA UNIÓN EUROPEA Y AMPLIADA, EVALUACIÓN DE LA BASE EMPÍRICA DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA Y LOS PAÍSES ASOCIADOS, ASESORAMIENTO A GOBIERNOS LATINOAMERICANOS Y ORGANIZACIONES, ADEMÁS DE SER CO FUNDADOR DE LA EUROPEAN SOCIETY FOR PREVENTION RESEARCH.

Yo soy solo alemán de nacionalidad, no vivo ahí ahora, estoy en Ginebra oficialmente, vivo en Lisboa obviamente, donde está la sede del observatorio. Yo, con formación de pediatra me encanta lo que últimamente se está haciendo en las ciencias de la prevención.

Comenzamos con los problemas que tenemos aquí en Europa, que todo el mundo piensa que la prevención es eso, nos centramos en los adolescentes y les hablamos de como las drogas son peligrosas, cuando en realidad sabemos empíricamente que la información no tiene casi ninguna contribución a la prevención.

No aparece en ninguna lista oficial de factores de prevención, la falta de información no aparece en ninguna lista de factores de riesgo y, además, los adolescentes, y eso los adultos lo olvidamos siempre, los adolescentes no tienen interés siquiera en proteger su salud. No es una cosa necesariamente en su interés. Lo que ellos hacen fisiológicamente es tomar riesgos, es parte de su desarrollo, tienen que tomar riesgos.

Entonces si les cuentas sobre riesgos exactamente eso es lo que van a hacer. También empíricamente lo sabemos. Un gran estudio en Suiza con todos reclutas de las Fuerzas Armadas los consumidores de cannabis sabían mas de salud y sabían más de drogas que los no consumidores. Un estudio portugués - gallego demostró también

que el componente de información en un programa tuvo efectos iatrogénicos y lo dicen también las Naciones Unidas pero de una forma un poco críptica, digamos, asociado a falta de eficacia o sea que básicamente dice: no funciona o hace mal. No obstante es siempre así, no digo que la información no sirve, sirve obviamente por Covid, para lavarse las manos, para llegar de Praga a Barcelona, para elegir una lavadora, pero aquí hablamos de comportamientos impulsivos, este tipo. Y ahí la información no sirve mucho, lo sabemos todos nosotros sentados en la sala.

Sólo recordar cosas básicas que están implícitas también en el modelo Comunidades que se cuidan. Nosotros no somos nosotros individuales tomando decisiones solos, lo que somos lo somos en función de nuestra genética, temperamento, los entornos micro donde nuestra familia en la que nacimos, después las comunidades, las escuelas, la sociedad, etcétera, eso crea nuestras creencias y los recrea en cada momento. Nunca tomamos decisiones libres, postulo yo.

Solo recordar cosas básicas que están implícitas también en el modelo Comunidades que se cuidan. Nosotros no somos nosotros individuales tomando decisiones solos.

Entonces me encanta que al final de los estándares internacionales de Naciones Unidas entran bien en nuestro manual de UPC a este listado que comienza con la infancia, que son las tareas que los niños tienen que cumplir en cada etapa de su desarrollo. No hay que leerlo ahora, es sólo para traer el enfoque en la infancia, que la prevención comienza después del útero y ahí están todos los factores que afectan estos objetivos de desarrollo y son influencias que comienzan temprano. Ninguna de esas tiene que ver con información. Son las cuestiones sociales, que han sido mencionadas al inicio en la mesa de apertura bien claramente. Esos son los factores. No los podemos cambiar, claramente, pero podemos mejorar ese escenario si sólo damos la atención a eso.

Es la cuestión socialización. Sería eso. Y obviamente el sistema escolar tiene en importante punto a las comunidades. Y la prevención es una socialización mejorada, basada en pruebas, admitiendo que no somos seres aislados.

Entonces comenzamos en la primera infancia. Ahí comienzan las cosas, que son las tareas ahí. Lo sabéis todos, voy a ir muy rápido, son más las cosas de vínculo ya mencionado, las capacidades intra individuales.

Aquí se definen muchas cosas que necesitamos más tarde cuando tenemos que, supuestamente protegernos, contra las influencias hacia comportamientos dañosos.

Pero hay dos perspectivas y esa, la primera, es un poco la exigida: formar los agen-

tes de socialización. El famoso dicho que hace falta una aldea para criar un niño, para educar un niño. Claro, clásicamente nos enfocamos más en ayudar a los niños en la socialización, ha sido dicho todo eso ya antes. O sea que una escuela no sirve sólo para que aprenda algo, para que aprenda a interactuar con gente que son de clases muy diferentes, como aquí (foto) en el jardín infantil de mi madre, hace casi cien años, donde están los ricos y los pobres, todos en el mismo *kindergarden*, que hoy en día no es el caso. O gente que no se han visto en toda su vida que juegan juntos después de un minuto. Y eso es lo bueno de la infancia pues a los adultos nos cuesta mucho mas. O sea que ahí podemos fomentar directamente la educación en los niños creando básicamente ambientes. Augusto ya lo he dicho todo. Y ahí ,más tarde, cuáles son las funciones que necesitamos cuando realmente entramos en la escuela: mantener la atención, controlar las emociones, etcétera. Ahí va como podemos conseguir eso. Porque muchas veces cuando vas a América a Norteamérica vienen luego con sus programas. Mucha de la evidencia viene de programas. Y ahí hay la evidencia compilada en los estándares de las Naciones Unidas. La educación preventiva tiene muy buena evidencia. Pero también tiene decente evidencia una buena cultura y política escolar, un clima escolar y también, obviamente, todas las medidas dirigidas a los individuos.

Mucha de la evidencia viene de programas. Y ahí hay la evidencia compilada en los estándares de las Naciones Unidas. La educación preventiva tiene muy buena evidencia.

Un ejemplo que poco se conoce es el GBG, Juego del buen comportamiento, que lo hay en Brasil, no sé si existe en otros países latinoamericanos. Es un programa bastante simple. Más que un programa es una técnica. O sea que divides la clase en una clase de niños de seis años, heterogéneamente, o sea que los niños más difíciles están igualmente distribuidas en los grupos. Ahora el truco es que todo el grupo entero que consiguió cumplir con las reglas que se han concordado antes, gana el premio. Todos los otros son ignorados o sea que nadie es rendido, es prohibido rendir a alguien, es solo promover que todo el grupo tiene que trabajar juntos o adherirse a la regla y eso es una cosa muy importante para implementarlo bien y para tener los efectos que tiene. O sea que básicamente no es un programa porque se juega el telón de fondo. O sea que el profesor sigue con su clase, no pierde tiempo de clase y lo que siempre digo es un programa que tiene un atractivo para el sistema de educación. Porque seamos honestos. El sistema de educación no se interesa mucho por cuestiones de salud como el de drogas, por eso

tienen un entusiasmo bastante reducido sobre eso. Esto trae no sólo estos efectos que voy a explicar ahora, sino también trae un fantástico clima de enseñanza que a los profesores les encanta.
O sea que tiene una ventaja intrínseca a los intereses del sistema educativo.
Lo que pasa es que el programa es viejo, del 69. Muchos estudios longitudinales, y esto es uno de ellos, que demuestra la línea es interrumpida. Cuanto más agresivo un niño ha sido. con seis años, tanto más aumentó su riesgo de ser dependiente de drogas once años más tarde, a no ser que haya participado en el Juego del buen comportamiento, que es la línea en negrita. O sea que éticamente hablando lo más bonito es que el efecto ha sido más grande en los niños más vulnerables y también el mensaje fantástico que por más que haya una cierta vulnerabilidades neurobiológicas, un buen programa de intervención psicosocial lo puede anular. También parecidos efectos sobre comportamientos antisociales redujo claramente el riesgo, justo en los niños más vulnerables. O sea que eso son cosas en que todo el sistema educativo puede mejorar, en general el clima, el clima de clase, el clima de aprendizaje y encima tener efectos a largo plazo sobre salud mental, comportamiento violento y, obviamente, consumo de sustancias y este programa está en nuestro registro.
Ese registro fue creado basado en un trabajo de implementar el *CTC* que justo acaba de presentar en Europa, porque se te exige que haya un listado on line de intervenciones que funcionan. Por eso hemos creado un listado online de programas avalados rigurosamente en Europa y su nivel de evidencia. Y ahí, por ejemplo, aparece el *Good Behaviour Game* que tiene la más alta valoración de todos los programas. Sólo hay cuatro o cinco programas con este nivel porque funciona en todos lados, funciona en Estonia, en Inglaterra, en Holanda, en Bélgica, en Alemania. Donde se hace, en todas las culturas funciona. Entonces hemos hablado de funciones ejecutivas, la capacidad de auto controlarlos, que nuestra corteza pre frontal consiga ejercer algún control sobre nuestro sistema límbico que es el circulo verde.
Entonces en la adolescencia lo importante son esas tales funciones ejecutivas, se tornan cada vez mas importantes. El *GBG* ayuda en eso, pero cada vez mas necesitamos esas cosas.
El problema es que exactamente los mismos caminos que el cerebro utiliza para conseguir todo eso que acabo de hablar, son ocupados por las drogas una vez que comenzamos a usarlas, exactamente estos caminos entre la corteza pre frontal y el sistema límbico. De hecho que cuando preguntamos cuáles son individuos vulnerables, individuos que tienen problemas de impulsividad. Cuando hablas a la gente clásicamente dice "ah, todos los hijos de los usuarios de sustancias". Cierto, esos son datos chequeados que si hay un cierto riesgo de aumento en hijos de padres adictos. Pero eso es el riesgo o el consumo, los problemas en niños con trastornos de conducta. Todos estos niños que no consiguen esas tareas que he mencionado dos diapositivas antes y en muchos

países nadie se interesa por esa población. Todo el mundo invierte en los niños de los hijos de los adictos, pero no en los niños que con seis años ya puedes decir, bueno, tiene una vulnerabilidad, porque van a hacer esta trayectoria hacia problemas en el resto de su vida. Que no tiene que ver sólo con sustancias. Tiene que ver con varios problemas de autocontrol.

O sea ¿cuáles son estos rasgos de vulnerabilidad?

El primero es simplemente ser masculino, agresividad precoz, por eso el GPG se usó en esto como una forma de valorar o de evaluar el programa. Estas cosas que son, como ves, básicamente problemas predominantes masculinos.

¿Y por qué? Porque ya el sistema de estrés, hasta que hay un montón de explicaciones biológicas, socio biológicas, de donde puede venir y vienen cosas que tienen que ver con los entornos. O sea que incluso esos niños necesitan unos entornos que los ayuden, un clima escolar no amenazador, donde no tienen esa sensación de que tienen que estar atentos, protegerse porque hay violencia, porque hay bullying, etcétera. Y hay un montón de cosas que hacer. ¿Qué más podemos hacer a los padres? ¿Epigenética? sabemos que no interesa que genes tenemos. Interesa si los genes son ligados o no ligados. Y es bueno también desde el punto de vista pediátrico, una forma buena para desligar genes nocivos es simplemente mucho contacto físico con tus niños. O sea hay muchas cosas que se pueden hacer. Quédate tu desnudo y quédate lo mas que puedas con tu niño cerca. A los latinoamericanos no hay que decírselo, pero aquí en Europa hay que decírselo muchas veces a la gente cuanto es importante el contacto físico de los niños y también en los colegios, en los jardines infantiles. Si hay programas que se destinan a niños con problemas de autocontrol y autogestión que tienen buenos resultados, Coping Power implementado en al menos dos países, que tienen buena evaluación de eficacia "Años increíbles" que conocéis, son programas destinados a niños que tienen problemas de autogestión.

Pero que se hace en los colegios normalmente son intervenciones breves. O sea ver si los niños tienen un problema de consumo, o sea ignorando todos procesos anteriores. sobre eso intentar intervenir. Ahí la eficacia es un poco mixta, porque yo quería volver a lo anterior, lo que dijo también Augusto, eso todo ha sido el enfoque en los socializandos, o sea en los niños queremos ayudar en la socialización. Importante sería un enfoque también en los entornos que socializan a los niños o sea entornos enriquecedores donde, como acaba de explicar Augusto, todas las posibilidades para que aprendas a tomar riesgo en este caso que hay tres lindas sobrinas que te ayudan (foto). Y eso es el efecto que los mismos colegas de Hawkins & Catalano que escribieron este libro, porque las comunidades en nuestros entornos escolares tienen que ser enriquecedores. Es mi traducción de *nurturing* puede ser equivocada.

O sea que a fin de cuentas todo tiene que ver con control de impulsos y creo que la gente que trabaja en tratamiento puede concordar conmigo. Y la prevención estructural y el GBG es una forma de expresión estructural, ayudan al control externo, a la

socialización. O reducir las señales ambientales, por ejemplo prohibición de fumar que Uruguay es uno de los próceres mundiales y la prevención indicada para que algunos pocos niños vulnerables aprendan o reaprendan el control interno de sus impulsos o acondicionar sus reacciones a los impulsos. Básicamente los seres humanos somos como Napoleón y su caballo. El caballo es el núcleo accumbens, la amígdala. Napoleón es la corteza pre frontal. Si Napoleón está bien, estamos bien, si Napoleón está mal, estado de ánimo negativo, educación disfuncional, pocos recursos, el caballo está fuerte, nervioso, por reactividad al estrés, oportunidades a comportamientos dañosos, exposición a señales problemáticas entonces obviamente Napoleón pierde el control.

Y eso les acontece a todos de cierta forma en cierto momento de nuestras vidas, por eso tenemos que rever la prevención un poco.

Primero que no es algo sobre adolescencia, no comienza en el útero o incluso antes. Hay que pensar más en el papel de las escuelas primarias, los jardines de infancia, por todo lo que Augusto ya ha dicho, la importancia del clima, de sentirme protegido, de sentirme abrazado y no solo programas que fijan problemas, pero también políticas locales de vecindad, todo se ha dicho por Augusto. Y por eso tenemos que tomar en serio, no sólo en un congreso como este, pero realmente cambiar como asignamos recursos. Y por eso hemos dado cuenta en Europa que el problema de la prevención no es la falta de intervenciones eficaces. El problema es que la gente a nivel local o municipal toma decisiones problemáticas, por decirlo blandamente, que fomentan y financian cosas internacionales en vez de todo eso lo que acabamos de decir. Por eso hay que limpiar tambien, tirar las tonterías por la borda, todas esas intervenciones caras que apenas concientizan o informan a los jóvenes, etcétera, no sirven de nada.

Hay que pensar más en el papel de las escuelas primarias, los jardines de infancia, por todo lo que Augusto ya ha dicho, la importancia del clima, de sentirme protegido, de sentirme abrazado y no solo programas que fijan problemas, pero también políticas locales de vecindad.

Por eso por ejemplo una cosa es invertir más en prevención estructural, que no es sólo nudge. Nudge es la arquitectura de elección, de la opción mas sana, es la opción más fácil, por ejemplo. Y básicamente no restringe y se centra más en que el individuo tome mejores decisiones, no, claramente también hace falta restricciones, Augusto lo mencionó bien claramente, regular las industrias y Uruguay viene en camino en La-

tinoamérica, en este caso, pero también cambiar los entornos de nuestros barrios así que simplemente sean más agradables, para también tener una narrativa más positiva sobre la prevención. Y ahí viene una cuestión que es importante para los latinoamericanos. Porque la cuestión de los programas es básicamente un *i - frame* o sea un enfoque en que el individuo tiene que hacerse más resiliente, más resistente, para que no haga falta meterse con las industrias o para que no haga falta mejorar los ambientes.

Mientras que ese *s - frame* es la cuestión que necesitamos políticas estructurales locales para crear ambientes y comunidades más sanas, saludables, agradables justo para los niños.

Y eso se olvida muchas veces. Se olvida porque los americanos en su cultura muchos americanos piensan esa cosa de que el individuo puede todo si sólo se esfuerza si les damos las competencias. Nosotros en Europa pensamos mas que no, somos un producto de nuestros ambientes, de nuestros entornos y nuestros entornos no nos ayudan, el individuo no tiene muchas decisiones. Y por eso nosotros seguimos por más que lo estemos pilotando ahora en Europa nuestro currículo de prevención para decisores políticos a nivel local creo que llamaremos siempre del Currículo Europeo de Prevención justo por esas cuestiones de mas enfoque, en comunidades sanas y no solo hace el individuo mas resiliente.

... la cuestión de los programas es básicamente un *i - frame* o sea un enfoque en que el individuo tiene que hacerse más resiliente, más resistente, para que no haga falta meterse con las industrias o para que no haga falta mejorar los ambientes.

URUGUAY

Dra. Nilia Viscardi

DOCTORA EN SOCIOLOGÍA POR LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. EN LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA ES PROFESORA AGREGADA DEL DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA POLÍTICA Y SOCIEDAD DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. ES PROFESORA ADJUNTA DEL DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ES INTEGRANTE DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES, LA ANII. ES CO RESPONSABLE DEL GRUPO DE VIOLENCIA, JUVENTUDES Y CRIMINALIDAD EN AMÉRICA LATINA Y DEL GRUPO DE TRABAJO CLACSO VIOLENCIAS, POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y RESISTENCIAS.

Muchas gracias a la Junta Nacional de Drogas por esta invitación, especialmente a Ana Castro que estuvo en contacto organizando y cuidando.

Intentaré entonces hacer un aporte que va a ser ciertamente un poco diferente y complementario, expresivo de la naturaleza de mi trabajo, muy orientada, porque así lo es la sociología a la crítica como forma de diagnóstico, así que bueno intentaré depurarla de estos elementos para ir mas bien hacia la identificación de posibilidades y sugerencias, en este caso, en realidad, muy centrada en la naturaleza de la pregunta, sobre el vínculo educativo para la posibilidad de la prevención.

Simplemente mi idea era hoy, ver algunas fuentes y referencias por esa manía que tenemos en ciencias sociales de decir que lo que decimos esta publicado, existe, y que no lo decimos porque si.

Lo primero pensar un poco la relación entre educación y prevención de drogas, situarlo más bien en el análisis, en el terreno de los estudios sobre educación.

Abordar una cuestión dentro de esa relación que ha sido parte importante de mis investigaciones que es justamente la cuestión de la vulnerabilidad a la violencia que sitúa a un lugar, un foco, un ámbito, no todos los ámbitos sociales. Por otra parte la cuestión de la vulnerabilidad del derecho a la educación y finalmente algunos apuntes o algunos datos como para recordar, en el sentido de la última exposición, la importancia de la red territorial y comunitaria de apoyo a las instituciones educativas.

Entonces, ¿cuál es en primer lugar el problema social que vincula, a mi juicio, a mí

entender la relación entre educación y drogas?
En primer lugar una sociedad con consumo problemático de drogas legales, o sea no sólo los adolescentes, los adolescentes crecen en una sociedad, la que tiene un problema es la sociedad. Y los niños, los adolescentes forman parte de esa sociedad. Una sociedad con consumo problemático de drogas ilegales o sea las dos son problemáticas, el consumo de alcohol es un problema, el consumo de tranquilizantes, eso esta medido en la Encuesta Nacional de Consumo sobre drogas en estudiantes, pero a veces incluso la combinación de las dos es compleja y es difícil saber cuando estamos trabajando en uno u en otro o en los dos ámbitos. Evidentemente las drogas legales están con mayores posibilidades de ser atendido por un sistema sanitario mientras las ilegales, el consumo de drogas ilegales está cargado de problemas sociales como el estigma o la vulnerabilidad a la pobreza, en algunos casos, ya que tiene que ver con estrategias de vida.
Por otra parte, también, una sociedad con alta tasa de suicidio y de suicidio adolescente.

No somos una sociedad caracterizada por la felicidad como estado permanente y masivo, y eso también va a incidir de un modo u otro o por lo menos se expresa en una creciente tasa de suicidios.

La tasa de suicidio evidencia problemas de depresión y de ansiedad. Los uruguayos, todo indica, entre nuestras crecientes tasas de homicidio y nuestras tasas de suicidio, que no somos una sociedad caracterizada por la felicidad como estado permanente y masivo, y eso también va a incidir de un modo u otro o por lo menos se expresa en una creciente tasa de suicidios, veinte o más de veinte cada cien mil habitantes. De ellos un 26% son adolescentes. O sea que este es un problema grave, se señaló hoy en la mañana y, bueno, la política histórica fue silenciar el suicidio y eso operó sobre una no conciencia. Le tenemos más miedo al homicidio que al suicidio cuando en realidad tenemos más riesgos de matarnos que de matar a otros en Uruguay.
Una sociedad también con altas tasas de violencia doméstica y de violencia social hacia los niños y hacia los jóvenes. ¿Cómo pensar en este ámbito el potencial preventivo del centro, el sistema educativo como comunidad, sus estudiantes, sus docentes, las familias, las familias y responsables de adolescentes con una “s” porque son varias, la figura de la maternidad, de la paternidad hay que pensarlas? Y también la de los responsables, en los casos en que quienes cuidan a los niños o adolescentes no son estrictamente los padres o el padre o la madre o en caso incluso de que aquellos que cuidan no tienen condiciones de cuidar y eso es otra de las dificultades que enfrentamos, un ideal de paternidad, de maternidad o de padres fuertes, cuando en realidad

la condición del adulto y el hecho de haber tenido hijos, no significan siempre que las personas en determinadas circunstancias tengan las condiciones síquicas, emocionales o los aprendizajes o legados necesarios para conducir a un niño o adolescente. Sobre todo cuando está transitando etapas difíciles.
Por lo tanto trabajar esto en una sociedad real surcada por conflictos.
Creo que la primer política de prevención en la educación es dejar de lado ese mandato o esa noción de que educamos en un ámbito pacífico en el cual el conflicto o el problema es un obstáculo para la tarea educativa. La tarea educativa se da atravesada por los problemas de la realidad que todos son distintos, algunos vinculados a la pobreza, otros vinculados a los deseos de éxito, otras vinculadas al exceso de consumo, otros a la carencia. No existe una sociedad ideal en la que no haya conflictos y ese tal vez sea el primer paso para una política de prevención de cualquier tipo de cuestión, ser realistas y asumir que enfrentar el conflicto forma parte del vínculo educativo.
Ahí puse "De la anestesia del conflicto a la denuncia del consumo", un poco culturalmente en que estamos. Por un lado con problemas graves de medicalización y consumo de antidepresivos en el Uruguay que son formas aceptadas de resolver el conflicto, los centros educativos y aquí no estoy discutiendo el hecho de que en muchos casos la indicación de medicación sea en voz de los expertos, efectivamente, el único camino. Ahora este es masivamente el camino que estamos transitando. Entonces creo que una de las preguntas es pensar como desmedicalizar, como buscar alternativas al menos complementarias y que puedan hacer que el Uruguay no sea, y esto es muy difícil, dada su naturaleza cultural de una sociedad muy atravesada por el saber médico, dado también el creciente interés en la psicología, me corrigen los colegas, creo que en este momento hay dos mil estudiantes aproximadamente que entran a la Facultad de Psicología por años es la facultad más elegida y eso también va a tener consecuencias en la perspectiva de ver el conflicto. Por lo tanto luchar por una psicología que pueda de alguna manera ejercerse con formas alternativas a la medicalización. Si esta es necesaria es necesaria pero ya en ciencias sociales hay una idea de que la sobre medicalización tiene que ver con eso, medicar cuando no necesariamente es preciso, o la dificultad de encontrar otras salidas.
El problema del cuerpo y de la inquietud, decía una maestra mía que ella se ocupaba de curar cuerpos maltratados por sus propietarios. Creo que esta también es una buena definición para la cuestión de las drogas, es decir como pensar otra relación con el cuerpo cuando justamente, yo no sé si a ustedes les pasa, pero después de las dos o tres horas de estar quieto, el cuerpo se siente violentado y todo nuestro sistema cultural de escucha está basado en la premisa de que nos quedamos quietos para atender.
Eso en la adolescencia, justamente, y en la anterior exposición lo mostró, que aún no ha aceptado completamente la niñez, por supuesto esta quietud como necesidad social es uno de los factores estresores.
Pero la cultura del cuerpo, justamente aquella que el sistema educativo niega, es fun-

damental y si queremos prevenir drogas tenemos que seguir pensando cómo mejorar el bienestar del cuerpo.

La tendencia a los narcóticos, a tranquilizar o mejor dicho, la necesidad de funcionar de aquietar para funcionar, porque es lo que necesitamos culturalmente, allí tenemos también algo que repensar porque tiene mucho que ver con el malestar del cuerpo. Y el consumo de drogas tiene que ver con la transgresión a la norma pero también con la búsqueda de un bienestar físico a través justamente de las drogas.

El consumo de drogas tiene que ver con la transgresión a la norma pero también con la búsqueda de un bienestar físico a través justamente de las drogas.

Que decir en realidad o algunas cuestiones para aquellos que van a pensar estas políticas en contextos o realidades vulnerables a la violencia, a la altísima violencia social, pensando sobre todo en los contextos en los cuales falta el trabajo, en los cuales crecen sistemáticamente las estrategias de vida familiares que combinan las formas de trabajo legal con la obtención de dinero por vías de formas ilegales o en las cuales las formalidades no están presentes, cantidad de adolescentes mujeres en las cuales el destino natural sigue siendo la explotación sexual, cantidad de varones que dicen "bueno un día me encontré con X cantidad de drogas y para pasar y bueno yo con eso gano algo trabajo pero en realidad este es un camino por el cual obtengo el dinero que no obtengo de otra manera".

No podemos pensar una política de drogas de la misma manera en los contextos en los cuales esto ocurre que en los contextos en los cuales esto no ocurre. Estuve hace un tiempo trabajando con adolescentes, que nos dicen que de noche en ciertos barrios no pueden dormir por los tiros que escuchan, en permanencia, eso tiene que ver con comunidades atravesadas por el tráfico ilegal de drogas y evidentemente ahí la noción o la palabra droga ocupa un lugar bien distinto de las comunidades en las cuales la idea del consumo de drogas es una trasgresión del mundo adolescente. Obviamente estos esquemas hay que deshacerlos, no son los adolescentes que consumen drogas es la sociedad, los adultos también consumen drogas, el alcoholismo como problema social es el primer ejemplo de ello, ¿qué hacemos en casa?, ¿tomamos un vasito de vino?, ¿quién es el responsable después de los abusos de consumo de alcohol? Que se trata justamente de una droga legal y no está regulada y hay enormes problemas de alcoholismo.

A partir de esta trayectoria de la investigación de la ANII sobre trayectorias de adolescentes asesinados, vemos que por ejemplo - no he actualizado las cifras - pero entre 2015 y 2019 fueron asesinados 112 niños y adolescentes. Estuve mirando que la tasa de

suicido adolescente para el 2021 era de 200 niños y adolescentes. O sea que realmente el problema del suicidio es gravísimo. La mayoría de estos homicidios ocurren en Montevideo y en barrios justamente de la periferia donde hay mayores problemas.
Estos conflictos están justamente muy atravesados por cuestiones de territorio, por cuestiones de competencias entre bandas en la parte de la división del trabajo y del consumo de drogas que explota a los pobres. Esto no ocurre justamente, no lo vemos de esta manera, en la clase alta, desde el narco menudeo digamos todos aquellos que se ocupan de blanquear dinero, de hacer el contacto con las empresas, toda la parte de corrupción del Poder Judicial, del Ministerio del Interior, todo eso es obviamente no viven esta parte del tráfico de drogas que es justamente la que arroja la violencia a las comunidades y a muchos niños y adolescentes.
En este sentido entonces la formación de guetos, se sigue acentuando, estas realidades y una política urbanística distinta puede incidir en esta realidad como, justamente, política seria, continuada y sostenida. Pero en América Latina y en Uruguay hablar de prevención de drogas tiene que ver con comprender las comunidades atravesadas por la realidad de los mercados ilegales de drogas. Una política de drogas que no incorpore este sentido va a fracasar porque va a trabajar sobre un prejuicio o sobre un ideal de un adolescente que transgrede y la realidad de estos adolescentes y su involucramiento con los mercados ilegales de drogas es otra.
Una de las cuestiones que arrojó esta investigación en estos sectores es que en general lo que encontramos sobre todo son madres que están asumiendo llevando adelante, pidiendo justicia, buscando cuidados, tratando de ver cómo sacar a sus adolescentes. Algunas tienen la fuerza, otras, como en el caso que voy a analizar más adelante, son madres que están solas y tienen enormes difi-

Pero en América Latina y en Uruguay hablar de prevención de drogas tiene que ver con comprender las comunidades atravesadas por la realidad de los mercados ilegales de drogas. Una política de drogas que no incorpore este sentido va a fracasar porque va a trabajar sobre un prejuicio o sobre un ideal de un adolescente que transgrede y la realidad de estos adolescentes y su involucramiento con los mercados ilegales de drogas es otra.

cultades para sostenerse ellas como madres y sus niños y adolescentes muchas veces terminan institucionalizados. Entonces la cuestión de las madres y de una política que dialogue con la comunidad y con las madres para sostenerlas y poder trabajar con ellas estos problemas, es fundamental.

El otro problema que encontramos ya apareció. Nosotros trabajamos con la noción de las masculinidades violentas. Todos sabemos que el problema de las masculinidades, las cuestiones de competencia, honra, no hacen que las mujeres se escapen a estas cuestiones pero tiende culturalmente a llamar a los varones hacia el desafío y proyectarlos tempranamente en distintas formas de reconocimiento. Precisamente estos son algunos elementos que surgen de las investigaciones que hemos hecho con el grupo de estudio sobre violencia-adolescencia que tienen que ver con la violencia que pasa con la vulnerabilidad en la educación, o sea pensar los contextos lo que está en riesgo es el derecho a la educación, por la dificultad de los adolescentes de trabajar de sostener sus estudios. Aquí lo que voy a traer son los resultados de una investigación que muestra como se configura lo que llamamos una pedagogía de la exclusión y que muestra justamente formas concretas de exclusión de adolescentes pobres en Uruguay.

En primer lugar, tenemos que reconocer que lo que está amenazado es este marco de derechos, por algo se hacen leyes lamentablemente las leyes se hacen muchas veces porque de hecho en la realidad no se cumple sino no tendríamos necesidad de hacer leyes. Tenemos una ley general de educación que mandata la obligatoriedad de la educación porque es difícil que sea una realidad, en este sentido existen derechos de los niños y adolescentes porque en la realidad encontramos muchas practicas violatorias o sea que el marco de derechos es un marco filosófico a partir del cual abordo toda la realidad y la noción de proteger el derecho a la educación se impone por aquella de evaluar al buen o mal alumno para saber si ha fracasado o no en este sistema educativo. En este caso que es lo que arroja el seguimiento de un adolescente que llamamos aquí con otro nombre Juan Corrales, que justamente en el año 2007 termino siendo expulsado en su institución, que hacía, molestaba, consumía marihuana, amenazaba a los docentes, agredía a los alumnos robaba, tiraba piedras, esto se decía que hacía en realidad hay dudas respecto de si eran tan graves sus acciones. A pesar de las suspensiones Juan continuaba yendo al liceo, era aquel que no era el que desaparece porque lo ignoran sino que era un molesto que volvía y volvía o sea quería formar parte de para digamos ir un poco a las conclusiones, para ir adelantando voy a tratar de mostrar en qué contexto educativo se dio el caso de éste estudiante que finalmente fue expulsado en un liceo en una zona también de periferia con 388 estudiantes y 65% de ellos que estaban por fuera de la edad en el trayecto esperado o sea una experiencia digamos de educación en un contexto general de exclusión.

Que es lo que hicimos... justamente buscamos el sostén institucional para parar este proceso de exclusión y trabajamos durante un año. Con los docentes, con el director y con la comunidad educativa. Esto nos dio la oportunidad de observar cómo se produce

esta cuestión de la exclusión escolar, no importa aquí ustedes ven un grafico que corresponde al seguimiento del año y arriba van a ver las acciones de la institución que llamamos inclusivas abajo las que llamamos excluyentes.
Lo interesante es preguntarse por qué la respuesta a los problemas sociales de la educación que se trabajan etiquetando y estigmatizando y el primer problema de una política de prevención de drogas es que en general la primera respuesta es estigmatizar al adolescente como un mal alumno y un alumno transgresor, ahí usualmente no es que la exclusión de Juan se produce porque en Uruguay es lo que sabemos hacer, hay una lucha entre grupos de docentes al cabo de la cual tanto los que quieren como decimos nosotros incluir como excluir terminan excluyendo a Juan pero no es que esta decisión de alguna manera sea inmediata, primera o el resultado de una visión única, justamente una política de prevención de drogas se tiene que enmarcar en el fortalecimiento de acciones pedagógicas incluyentes, las visiones excluyentes nunca van a poder sostener una política de prevención de drogas de algún tipo.
¿Qué es una pedagogía incluyente? Generación de espacios de diálogo, vínculo con las familias, actividades socioeducativas, reunión con organizaciones comunitarias, búsquedas de apoyos interinstitucionales. ¿Qué es lo que no contribuye, pero siempre triunfa en general? y esa es la gran pregunta, la exclusión, el silenciamiento, la observación, la suspensión, el traslado, la derivación y la estigmatización.
La prevención está unida a la presencia de instituciones finalmente en el territorio. El segundo punto era este, una política de prevención es justamente una política que puede pensar la inclusión, las pedagogías que permanecen estar adentro y que ante la emergencia del conflicto justamente, no ve a la cuestión de las drogas desde el estigma, de Juan o de su familia. En este caso Juan además era hijo de una madre muy vulnerable que no lo podía sostener y justamente tempranamente fue institucionalizado. Pero él defendía a su madre y quería ir al liceo. Fue rechazado por los dos porque tenía estas varias y múltiples dificultades en la cual la cuestión de las drogas es una, pero la menor de todas. Sin embargo probablemente en el discurso es finalmente la que prevalece y aquella a la que se asocia el problema de Juan. Esto simplemente para terminar son algunos datos de un censo que hicimos en algún momento que se llamó Censo de Convivencia y Participación y aquí pienso también que en la línea de pensar la prevención como un trabajo entre instituciones, el otro gran problema que tenemos en Uruguay es que muchas instituciones educativas trabajan solas en el medio de la nada. Y esto justamente imposibilita cualquier tipo de acción o hace algo que de alguna manera es difícil de sostener institucionalmente. Son instituciones con escasos recursos materiales humanos que a las cuales se les sugiere alguna forma de trabajo como, por ejemplo, prevención en drogas como una tarea más sobre tantas y sin el apoyo de una red. ¿Por qué los países europeos son sólidos?, porque los barrios, las comunidades europeas, son como se dijo y se mostró comunidades en las cuales un centro educativo está rodeado de instituciones culturales, asistenciales, médicas. Ese no es

nuestro panorama. Nosotros no tenemos esa realidad. Entonces cuidado cuando justamente proponemos políticas y nos olvidamos de que uno de los problemas es la falta de red que es un elemento esencial, que aparecía en el censo de convivencia. En relación a los espacios culturales disponibles para el caso, por ejemplo, de las escuelas la red más extensa de instituciones del país, 72% de los centros de educación inicial y primaria no tenían espacios culturales disponibles cerca. En secundaria o en la UTU esto va en el entorno del 45% porque son centros más bien urbanos por lo cual, naturalmente, hay más centros, pero igual el 45% ¿no? y 14% tenía muy pocos cerca. Una política de prevención siempre supone la participación cultural, ir al cine, hacer teatro, tener actividades de índole musical, que justamente motivan el interés y la formación y esto aparece como un desafío y un vacio. En relación al deporte, y a la recreación, elementos centrales, como se decía, no es hablar de drogas o del daño que hacen las drogas, también proponer otra relación con el cuerpo y educar en el deporte. Y vaya que en algunos contextos de carencia vemos la ausencia de deporte. 61% de los centros educativos decían no contar con espacios deportivos y recreativos, no digo un club, digo una cancha, una cancha aunque sea en el liceo, con lo cual igual recargamos al centro educativo la responsabilidad de hacer deportes, pero bueno, en muchos lugares puede haber mucho espacio verde, pero no necesariamente hay organización de actividad deportiva y recreativa.

> En relación al deporte, y a la recreación, elementos centrales, como se decía, no es hablar de drogas o del daño que hacen las drogas, también proponer otra relación con el cuerpo y educar en el deporte. Y vaya que en algunos contextos de carencia vemos la ausencia de deporte.

Por lo tanto, me parece que también una política de prevención siempre supone la actividad deportiva y recreativa de los niños y adolescentes.

Finalmente 65% al año 2002 en las escuelas no contaban con red de asistencia socio comunitaria, no voy a desarrollar esto mucho más porque parece evidente, pero sin una fuerte red de asistencia socio comunitaria es bastante difícil trabajar en estas dimensiones.

¿Qué relación existe entre prevención, educación, y seguridad humana? Algo se dijo hoy. En primer lugar el prohibicionismo en materia de drogas se basa en una política de seguridad orientada al endurecimiento de las penas y esto se traslada, esta políti-

ca prohibicionista puede trasladarse o se traslada usualmente a los centros educativos.
¿De qué manera? Con la misma utilización de medidas policiales y militares, es decir, justamente, que el correlato del prohibicionismo en la educación es claro, la sanción y la exclusión afectando el derecho a la educación. Eso es lo primero que tenemos que combatir. Esto de alguna manera anuda la seguridad, anuda el problema de la seguridad y la cuestión de la exclusión de la educación y los problemas de convivencia que se generan.
Una perspectiva de la convivencia es, a mi juicio, central en el sentido de pensar la relación entre convivencia y seguridad humana, porque hay una relación de continuidad entre ambos.
En este sentido, para no ahondar demasiado, pero me parece que continuar con la promoción de políticas de convivencia, la recuperación de espacios públicos, la convivencia educativa, retorcer los efectos de la pandemia que dejo a los adolescentes solos en sus casas con la PlayStation, en muchos casos el cuarto es mi mundo, cuando hay cuarto, cuando no hay cuarto esto es mucho más complicado, pero es otra de las cuestiones fundamentales. El espacio público es sanador y hay que promover la convivencia en el espacio público.

Me parece que continuar con la promoción de políticas de convivencia, la recuperación de espacios públicos, la convivencia educativa, retorcer los efectos de la pandemia que dejó a los adolescentes solos en sus casas con la PlayStation.

Finalmente la idea justamente de pensar la educación como una política de convivencia y no como una política de seguridad, un poco para cerrar y no reiterar, pero sostener en primer lugar una política de cuidado y de protección de derechos, esa es una política de prevención. Pensar justamente en la convivencia escolar y evitar la exclusión, promover siempre el trabajo incluyente, promover la presencia de actividades culturales de la red socio recreativa y del trabajo de las instituciones comunitarias de salud y sanitarias. O sea promover una red de trabajos, evitar la criminalización de los niños y adolescentes de cualquier sector social que se vean involucrados con problemas de consumo de drogas ilegales. También pensar que va a pasar con este imperativo de la medicalización, que es el que sostiene el derecho o la presencia en la institución educativa como otro de los grandes problemas y recordar que la cuestión de la exclusión escolar, la pérdida del derecho a la educación, sigue alimentado por el circuito de las desventajas económicas, por un lado, y por otro lado la medicalización que es la mala cara democrática del sistema, la que afecta a todos los niños y adolescentes. La encontramos en los colegios más vulnerables, en los centros educativos más vulnerables y

tambien en los centros educativos de los sectores más pudientes como una estrategia de sostén de la educación que pasa justamente por el control del cuerpo a través de una droga legal. Y sobre ese aprendizaje tenemos que reflexionar, porque de alguna manera nos dice de una sociedad que tiene problema para tener una propuesta coherente respecto de cómo controlar el malestar, el bienestar y mas allá de esto, obviamente, de factores culturales ligados a la adolescencia, a la niñez, a las masculinidades, al desafío, a la transgresión, que forma parte de la experiencia adolescente.
Muchas gracias.

URUGUAY

Lic. Renato Opertti

LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA Y MAGISTER EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA, ACTUALMENTE ES DECANO Y PROFESOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY, EXPERTO SÉNIOR EN EDUCACIÓN DE LA OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN (UNESCO - OIE) INTEGRA EL CONSEJO ASESOR DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS IBEROAMERICANOS Y FORMA PARTE DE LA COALICIÓN LATINOAMERICANA DE LA EXCELENCIA DOCENTE.

Buenos días, muchas gracias a Radío y al equipo de la Junta por esta invitación y a los queridos colegas que están en la mesa con los cuales compartimos la preocupación y la ocupación de estos temas.

Me voy a referir mas, y perdonen un poco, por el tema educativo en sí mismo, es un poco entrar más en lo que son las discusiones educativas contemporáneas.

La presentación se llama “La transformación de la educación para cimentar renovados estilos de vida civilizatorio: un movimiento en germinación”.

Porque la discusión hoy día de educación está en otra órbita, y con eso queremos empezar.

El mundo, en sus actuales formas de producir, consumir, distribuir, actuar, es insostenible. El planeta es insostenible. Es insostenible desde el punto de vista social, político, cultural, económico, de donde uno lo quiera ver. Si uno no cambia radicalmente la forma de formar a las nuevas generaciones no hay futuro, ni para ellos ni para otros.

Entonces la discusión de educación no es sobre cambiar un plan de estudio, cambiar un programa, ajustar un nivel, en todo caso eso era anterior. Hoy la profundidad del cambio educativo es de otro calado y lo que vamos a tratar de mostrar es la evidencia de esto en el mundo. Y vamos a terminar hablando de lo que fue hace muy poquito la Cumbre Mundial de Educación, TES, Transformando la Educación, cumbre inédita

en el mundo, convocada por el Secretario General de Naciones Unidas Antonio Guterrez, un ex ministro de educación portugués, socialista, que bajo el gobierno en su presidencia se hicieron innumerables reformas educativas y sociales. Y el llamó a los países a una cumbre que fue el 16, 17, y 19 de setiembre en Nueva York con un único tema: transformar la educación para un mundo sostenible.

Y eso es para el sur, para el norte, para la izquierda, para la derecha, para el centro. Todos están involucrados y todos tienen que estar responsables por eso.

Por eso la discusión educativa no es de unos y de otros, porque en definitiva quedarnos en esa discusión es quedarnos en el pasado - y Uruguay tiene mucha tendencia a quedarse en el pasado y a vivir de las rencillas del pasado - sino mirar el futuro, y mirar el porvenir, mirar de otra manera un mundo en el que tenemos que ser lo suficientemente generosos, quienes ya estamos próximos al retiro, de dejarles a las nuevas generaciones ámbitos y espacios para poder cimentar estilos de vida sostenibles.

La discusión educativa no es de unos y de otros, porque en definitiva quedarnos en esa discusión es quedarnos en el pasado - y Uruguay tiene mucha tendencia a quedarse en el pasado y a vivir de las rencillas del pasado - sino mirar el futuro, y mirar el porvenir.

Y esa discusión también pone en discusión a la Academia, porque la Academia, muchas veces tendemos a reproducir categorías y conceptos de un mundo que no va a ser tal.

Lo digo como sociólogo, como educador, como investigador, como docente, y me cabe las de la ley. Pero me da la impresión que la Academia no está viendo la profundidad del cambio que en el mundo se viene y que las categorías conceptuales en educación, ahí me refiero en educación en particular, las categorías conceptuales sobre las cuales estamos pensando en la educación son esencialmente obsoletas.

Y ahí es donde me parece que existe el problema. Es decir no estamos viendo los problemas que están de alguna forma usando. Entonces desde ese ámbito es que vamos a hacer una especie de recorrido histórico breve.

El mundo, el Uruguay como parte de ese mundo, suscribimos la Agenda para el Desarrollo Sostenible, los 17 objetivos de desarrollo sostenibles, Naciones Unidas, metas el 2030. Esa fue la agenda educativa que más o menos todos los países en el mundo han

acordado.

Esa agenda implica entender la educación como ventana de oportunidades, como puerta de entrada, como articulador y sostén de los 17 objetivos de desarrollo sostenible en el cual está incluido educación, en el sentido que la educación, y muy bien lo dijo la colega, lo explico con mucha claridad conceptual, la educación tiene que ver con reducir la pobreza, aumentar los ingresos, tiene que mejorar la salud de las personas, con cimentar el crecimiento sostenible,. Lo que está entre paréntesis son el objetivo del desarrollo sostenible especifico que vincula la educación con ese tema, la educación previene la desigualdad y la injusticia, la educación implica la colaboración entre varios actores e instituciones procedentes de diferentes ámbitos. Hay ahí una serie de indicadores, yo no voy a entrar en números porque me parece que acá lo que estamos es para discutir más conceptos. Los números están ahí, ustedes los pueden, ver simplemente uno de ellos: si todos los niños que hoy tuvieran diez años, completaran la escuela, y tuvieran las mínimas competencias en lectura la pobreza se reduciría en el mundo en 171 millones de personas.

> En todo proceso cognitivo están implicadas las emociones. Por eso se habla de la educación de la naturaleza cognitiva de las emociones y la naturaleza emocional de las condiciones. Es una relación de ida y vuelta.

171 millones de personas menos pobres hubiera en el mundo si las personas logran a los diez años las competencias básicas de lecto escritura.

Y ahí sucesivamente hay una cantidad de indicadores que se pueden tomar en cuenta. De hecho, las estimaciones para mostrar la gravedad de la situación educativa, que cuando no se habla de la gravedad de la situación educativa a mi me horroriza más que nada.

En los países de bajo y medio ingreso en el mundo, estudio hecho por Unicef, Unesco y Banco Mundial, publicado hace poquito, antes de la pandemia el 53% de los niños y niñas a los diez años no podían leer un texto básico. Ese valor después de la pandemia subió al 73%, ¿Qué mundo sostenible podemos tener donde siete de cada diez niños o niñas a los diez años no pueden leer ni comprender un texto básico?

Y esto, y lo quiero decir desde ahora, esto no es solo un problema social. Es también un problema esencialmente educativo y pedagógico y curricular.

Acá muchas veces tendemos a poner la mirada afuera de la educación, cuando hay que

poner una mirada adentro también.
Porque a veces los discursos muy sociologistas, y provengo de esa área, tienden a obnubilar lo que pasa dentro de los centros educativos y lo que pasa en la relación curricular pedagógica y en los procesos de enseñanzas que son claves.
Entonces esto es un poco los objetivos de desarrollo sostenible.
¿Entonces de ahí qué surge?
Surge la idea fundamental que es que la educación es a la vez política ciudadana, política cultural, política social, política económica y política comunitaria.
Son las cinco cosas a la vez.
Pero no como sumatorias, sino como entrelace entre los diferentes cinco elementos.
Esto implica un tema central, en la educación: que el bienestar individual y colectivo van de la mano. No hay individuo por si mismo, pero tampoco hay colectividad sin individuos, es una relación de ida y vuelta entre lo colectivo y lo individual. Y eso se funda en esta idea que está muy presente en la literatura educativa mundial que es el desarrollo integrado y balanceado de las personas. Una de las cosas que la pandemia permitió ver y hay estudios que lo muestran con mucha evidencia, nosotros hicimos un estudio, UNESCO con Harvard, donde mapeamos innovaciones educativas de todo el mundo, y llegamos a la conclusión que uno de los focos fundamentales de la pandemia ha sido la visibilización y la revalorización del alumno como persona. El alumno entendido como persona en su integridad como persona, en su bienestar emocional como persona, lo que se llama en el mundo hoy las competencias socioemocionales. Entonces esta idea del desarrollo integrado del balance de las personas se funda en la conjunción de aspectos volitivos, valorices, actitudinales , emocionales y cognitivos. Y no es que las emociones se agregan a lo cognitivo. En todo proceso cognitivo están implicadas las emociones. Por eso se habla de la educación de la naturaleza cognitiva de las emociones y la naturaleza emocional de las condiciones. Es una relación de ida y vuelta.
Entonces esta primer idea de lo individual y colectivo van entrelazados. El segundo aspecto es que hay una necesidad de formar en las competencias y conocimientos fundamentales.
¿Y qué son las competencias? Porque hay una gran ignorancia respecto a lo que significa la competencia, yo digo ignorancia por no decir otra cosa, las competencias son la capacidad de responder a desafíos en la vida. Hoy todos nosotros acá sentados estamos respondiendo a desafíos, a tratar de poder hacer una exposición razonablemente integrada, coherente, que a ustedes les entusiasme.
Y eso no es movilizar el conocimiento de sociología, de educación, de antropología, de filosofía. Es combinar los conocimientos, integrarlos en el marco de cada uno de nuestros valores y referencias de cada uno de nosotros tenemos, y que por supuesto son diversos y ahí esta la sociedad y su diversidad. Pero el desafío es actuar competentemente frente a una situación. Y el actuar competentemente frente a una situación no es un alegato en favor de la competitividad, no es un alegato en favor de la mercantili-

zación de la educación. Es un alegato en favor de que la persona tenga las capacidades de su instrumento para responder a problemas y situaciones. Entonces cuando en el Uruguay estamos discutiendo el valor de las competencias cuando en el mundo esta discusión se zanjó hace cuarenta años atrás. La UNESCO ha hecho estudios que han mostrado que más de 120 países en el mundo tienen enfoques por competencias con diferentes resultados, porque tampoco es una panacea. Pero lo que quiero decir es que nos negamos a pensar que las personas, además de conocer, tienen que ser competentes para actuar frente a desafíos, lo cual es dramático, porque si estamos pensando que las personas no tienen que tener la capacidad para poner desafíos, como dicen los jóvenes estamos en el horno como sociedad, y ahí sí que estamos en el horno como sociedad. Entonces hay ahí un tema central que tiene que ver con los conocimientos y las competencias para la sostenibilidad política, cultural, social, y económica.

Y tercer elemento importante de la discusión educativa es que los valores no se contraponen. Libertad y justicia van de la mano, inclusión y cohesión van de la mano, tolerancia y cohesión van de la mano, paz también. Por tanto no es que uno tenga que contraponer libertad y justicia. Yo creo que uno de los problemas fundamentales que tienen los currículos a nivel mundial es la falta de jerarquización de la libertad del alumno en las propuestas educativas, la capacidad del alumno del pensamiento autónomo, creativo, por si mismo, no en formato de adoctrinamiento, no en formato de "te digo esto y pensá esto", sino dándole la libertad a la persona para pensar y tomar decisiones propias y eso es parte también de estilos de vida sostenibles y saludables.

Entonces ¿qué es lo que nosotros decimos? Que el nuevo escenario pos pandemia, eso lo estamos trabajando a nivel de la UNESCO y de la cátedra de UNESCO UCU de la Universidad Católica en Educación Híbrida, es que el mundo pre pandemia era un mundo de cambios disruptivos básicamente. Básicamente los cambios disruptivos pre pandemia eran los cambios asociados a la cuarta Revolución Industrial, era la mecanización, la sustitución de las fuerzas de trabajo por la mecanización y la robotización, eran las nuevas competencias que las personas requerían para trabajar de otra manera en virtud de los cambios en las fuerzas de trabajo, eran cambios sistémicos, profundos, interpelantes, cualquier literatura razonablemente actualizada habla de esos cuatro elementos, disrupción, profundidad, sistémico, interpelante. Pero ahora el cambio es otro. Porque ahora lo que estamos enfrentando es que si no cambiamos radicalmente nuestra forma de consumir, de producir, de actuar, como bien decía la colega de ser en la sociedad, no tenemos futuro.

Entonces el punto de quiebre hoy no es la irrupción cuarta revolución industria. Es la irrupción de un estilo de vida que nos condena a no tener futuro, a lo que dice UNESCO no tener futuros, porque no hay un futuro, hay el futuro que uno quiere construir. Entonces para nosotros la discusión educativa pasa a saber si la educación va a tomar la responsabilidad y va a tener las agallas necesarias y la capacidad de ser un sostén de un nuevo estilo civilizatorio. Y es ahí donde está el debate, a mi criterio, educativo

de los próximos años. ¿Por qué? Porque el cambio educativo pasa a tener máxima prioridad política y de política educativa. Porque el cambio educativo es político ante todo. Y quien diga que el cambio educativo es un asunto solamente de los educadores comete un gravísimo error.

El cambio educativo de la sociedad porque la manera en que formamos las nuevas generaciones no le compete solamente a quienes estamos trabajando como educadores, le compete a la sociedad en su conjunto y a la diversidad de actores que forman parte del crisol de afiliaciones, tradiciones y costumbres que hay en una sociedad. Entonces por tanto hay que repensar el curriculim, el currículo para nosotros es un asunto político, de política educativa, el currículo es el imaginario de sociedad que uno quiere. Y la construcción de ese imaginario es el para qué, el qué, el cómo, el cuándo y el dónde educar y aprender y evaluar.

Esa construcción es política y técnica, es construcción política de política educativa y técnica. Y para eso se requiere repensar la educación para educar a las nuevas generaciones ¿para qué?, para forjar cinco elementos que van juntos, sostenibilidad, justicia, la educación tiene que recobrar la agenda de justicia social que la ha tenido aletargada, la educación es ante todo un factor de justicia social, tiene que serlo.

Se requiere repensar la educación para educar a las nuevas generaciones ¿para qué?, para forjar cinco elementos que van juntos, sostenibilidad, justicia, la educación tiene que recobrar la agenda de justicia social que la ha tenido aletargada, la educación es ante todo un factor de justicia social, tiene que serlo.

Democráticos, en un mundo donde la democracia está en peligro como régimen de vida, como estilo de vida, la educación tiene que hacer un alegato muy fuerte por estilos de vida democráticos y por sociedades democráticas.

Inclusivos, inclusivos de la diversidad que es fundamental, de la diversidad étnica, de género, la diversidad social, la diversidad cultural la diversidad territorial, pero la diversidad en sus máximas expresiones. Y pacíficos, eso que la UNESCO llamaba con Jacques Delors, en el informe de acción de unos cuantos años atrás, el *aprender a vivir juntos*. El aprender a vivir en una sociedad donde todos nos podemos ver unos a los otros y no tenemos una sensación de xenofobia, de odio, de racismo, cuando hoy el mundo está jalonado por el racismo, no las identifica-

ciones, los tipos de entidades que son excluyentes del otro y que ven al otro no como diferente si no lo ven como excluido, como elemento no sociable. Entonces ahí hay un cambio también importante, con futuros más sostenibles, justos, democráticos, inclusivos y pacíficos. Para eso nos parece que - y felicito a Radío y su equipo por tomar esta iniciativa - de progresar hacia estilos de vida más saludables, más sostenibles, más socialmente comprometidos, más solidarios sin duda y más autónomos. Las personas tienen que ser autónomas, que no quiere decir que sean individualistas, la persona tiene que ser autónoma en su pensamiento y tiene que ser autónoma en su capacidad de pensar. Fíjense lo que pasó en Francia cuando un docente en una clase quiso decir, quiso expresar a través del uso de la caricatura, del dibujo, una discusión sobre la diversidad en que termino ... asesinado. Un profesor de historia, de ciencias sociales.

¿Por qué? No estaba adoctrinando a los estudiantes, no estaban diciendo que el islamismo era malo. No. Estaba dando elementos para reflexionar sobre una sociedad basada en la diversidad de credos. Terminó en lo que terminó.

Nos parece clave jerarquizar la libertad, la libertad dentro del plano de la vida, que no es el liberalismo o que no es una sociedad libertaria, es la libertad para expresarse, para opinar, para contrastar, para construir.

Entonces hay que poner mucho énfasis y yo no veo realmente la transformación curricular que el país está llevando a cabo ahora, no estoy viendo estos temas con la suficiente fuerza y profundidad que tienen que estar, la autonomía del alumno, pensar la sostenibilidad, la solidaridad, la cooperación, que son temas centrales. Y nos parece clave jerarquizar la libertad, la libertad dentro del plano de la vida, que no es el liberalismo o que no es una sociedad libertaria, es la libertad para expresarse, para opinar, para contrastar, para construir.

Entonces para ir terminando, nosotros hemos planteado y lo estamos discutiendo en diferentes regiones del mundo esta propuesta en este momento a nivel de la UNESCO, diez propuestas, diez claves para repensar la educación y el curriculum de cara al futuro, hay un documento si ustedes quieren que está escrito sobre estos puntos que con mucho gusto después hacemos la referencia. Primera clave es comprender y vigilar a las nuevas generaciones más jóvenes, creo que va en lo que Nilia Viscardi decía claramente, es decir el punto de partida de la educación son los jóvenes, son los alumnos, no son los planes de estudio, no son las materias, no son las asignaturas. A mí me horroriza cuando en el Uruguay en vez de discutir sobre los jóvenes discutimos

sobre las horas que una materia pierde u otra pierde. Entonces la discusión es sobre las corporaciones y no es sobre los jóvenes. Entonces pongámonos de acuerdo sobre que vamos a discutir. ¿Vamos a discutir sobre el derecho de los jóvenes? Porque yo estoy de acuerdo con el derecho a la educación, pero el derecho a la educación es el derecho a la educación, es el derecho a los conocimientos, el derecho a la información, es el derecho a la conectividad, es el derecho a los conocimientos locales. Por tanto el punto de partida de la educación son los jóvenes, son las personas jóvenes, son las nuevas generaciones y a partir de ahí es que hay que pensar la educación. No es no consultar a los jóvenes, es ponerlos a trabajar en pie de igualdad como copartners en el sistema educativo y eso no está en ningún partido político hoy presente ese tema. Porque la discusión más que nada es corporativa. Uno en un lado, otros en otros, pero es corporativa en el fondo. Pero no es sobre los jóvenes, no es generacional, no es intergeneracional. ¿Qué está diciendo UNESCO? Hoy los cambios educativos tienen que hacerse sobre la base del diálogo intergeneracional, no intrageneracional que es nuestra manera de procesar los cambios educativos: los adultos hablando con los adultos sobre los cambios de los más jóvenes. Segundo estoy muy de acuerdo, como decía la profesora, respecto al tema de vulnerabilidad, la clave dos es vulnerabilidad. Vulnerabilidad social, ecológica, económica, cultural, también curricular, también pedagógica. Porque esas prácticas que Viscardi mencionaba muchas veces de exclusión tienen que ver también con la incapacidad de manejar la pedagogía de una manera atender la diversidad. Muchas de esas cosas tiene que ver, me parece, con eso. Tercera clave es ahondar los entendimientos entre los centros educativos y las familias. Creo que la pandemia ha abierto una posibilidad de renovar la relación entre centros educativos y familia como nunca. Cuarto pensar que la educación es lo local, la educación es el fenómeno local, pero es dentro de una visión global. No hay una educación localista *per se* ni hay una educación globalista *per se*. Hay una educación que teje. La pandemia nos mostró que somos parte el mismo planeta y que no podemos tener respuestas propias, no podemos formar para un mundo solo localista. Europa yo creo que es un muy buen ejemplo - tuve una posibilidad de vivir quince años en Europa - y más o menos vi eso de al lado. Europa tiene esa confluencia entre lo global y lo local y la comunidad local que Viscardi mencionaba y los recursos culturales y comunitarios y educativos y sanitarios y salud, que convergen en ese nivel local. Pero ese nivel local no opera caprichosamente. Ese nivel local opera siempre así porque hay políticas públicas centrales que operan en esa dirección. No es que lo local opere como algo separado, sino opera dentro un marco de política pública. Quinto mirar al alumno persona que ya lo hemos dicho, fortalecer la complementariedad, la sinergia entre los valores, clave seis. Siete encariñarse con la diversidad, radicalmente aceptar la diversidad. La diversidad es una fuente fundamental para mejorar las oportunidades de aprendizaje de todos los alumnos por igual y de todas las alumnas por igual. Clave ocho es una educación que potencia la libertad. No hay educación sin libertad. Clave nueve es progresar hacia la hibridización de la

educación e hibridizar la educación es integrar, no superponer, es integrar las formaciones presénciales y en línea para potenciar los aprendizajes, es evidenciar enfoques, intervenciones y estrategias, evaluación información. Y diez afectos a los educadores. Tiene que haber un cambio en la manera de entender a los educadores. Los educadores son los principales tomadores de decisiones del sistema educativo en el aula, no hay otro, sea un aula virtual, sea un aula hibrida, no importa. Hay que encariñarse, hay que generar una nueva relación con los educadores donde se sientan comprendidos y entendidos. Me decía la directora de curriculum de Finlandia una cosa que me quedo en la cabeza. Me dijo: en las transformaciones educativas los educadores tienen que verse reflejados, tienen que encontrar las huellas ahí, tienen que estar las huellas de que lo que dijeron está expresado y está entendido y esas cosas no las estamos viendo lamentablemente.

Los educadores son los principales tomadores de decisiones del sistema educativo en el aula, no hay otro, sea un aula virtual, sea un aula hibrida, no importa. Hay que encariñarse, hay que generar una nueva relación con los educadores donde se sientan comprendidos y entendidos.

Quería terminar con lo que empecé diciendo de Naciones Unidas. Esto es de hace poco menos de dos meses. Y estos son los principales mensajes que han surgido de esta cumbre de transformar la educación, que quisiera simplemente leerlos pues me parece que ahí se marca un poco esa profundidad del cambio educativo que quería argumentar hoy. Primer elemento los sistemas educativos no están más aptos para el propósito que fueron creados. Acá hay que repensar en su globalidad el sistema educativo.

Mensaje dos un renovado contrato social de puertas vaivenes entre educación, jóvenes, sistema político - social. Esa ha sido la predica que desde Edu 21 hemos hecho desde el comienzo con los amigos Juan Pedro y varios más, con Fernando Filgueira y varios otros colegas. Punto tres es remodelar el presente y cimentar bases para futuros más justos, más sostenibles, más resilientes y más pacíficos.

Mensaje cuatro foco en el desarrollo holístico de la persona. El eje del curriculum es el desarrollo holístico de la persona, el desarrollo balanceado e integral de la persona.

Quinto respetar y abrigar la diversidad en su máxima radicalidad de expresiones.

Sexto entender al educador como un productor de conocimientos, como un facilitador

y como un guía. El de educador no sólo es un facilitador, es un guía, es un referente del alumno, que tiene que tener las capacidades y los apoyos necesarios para entender realidades que son esencialmente complejas. No hay realidades que no sean complejas y tienen que tener los mecanismos y los instrumentos para entender esas realidades.

Séptimo aprovechar la revolución digital. La UNESCO dice hoy que hay dos grandes revoluciones en el mundo que van a marcar la educación de los próximos veinte, veinticinco, años: la revolución digital y la revolución verde. Lo que se llama la educación verde y el curriculum verde. Para beneficio de la educación pública. Por eso hoy se está hablando que el derecho a la educación es el derecho a la conectividad gratuita en educación, que implica una política muy extendida de acceso, de conectividad de hogares, familias y comunidades locales a la posibilidad de usufructuarlo, porque si no hacemos eso, si no logramos avanzar en el derecho a la conectividad gratuita en la educación, las brechas sociales se van a ahondar y se van a agudizar aún más,

Octavo imperiosa necesidad de invertir más en educación, hay que invertir más en educación en todos los niveles. Sin excepción. Pero hay que invertir con horizonte y con referencia y con norte. No es invertir inercialmente. Es invertir en el marco de una estrategia educativa sólida, con más equidad y con más eficiencia. Y por último terminamos con el punto central del mensaje de Naciones Unidas este mensaje fue suscrito y fue aprobado por todos los países integrantes de Naciones Unidas. Por lo tanto imagino que todos los gobiernos tendrán la capacidad y la responsabilidad de efectivizarlo.

Los jóvenes son el corazón de las transformaciones educativas.

Apostemos a diálogos intergeneracionales, y dejemos de ver la educación desde una visión adultocéntrica. Muchas Gracias.

URUGUAY

Dr. Javier Lasida

DOCTOR EN EDUCACIÓN POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, MASTER EN CIENCIAS SOCIALES POR FLACSO. LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN POR LA UDELAR. DOCENTE TITULAR EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY Y PRESIDENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE EVALUACIÓN EDUCATIVA.

Buenos días, voy a tratar de ser conciso dada la hora, muchas gracias por la invitación a participar. A mi me parece buenísimo lo que planteaba Daniel Radío al principio que cierre cada año con una instancia de discusión, me parece que hay muchos temas como este, muchos temas de política pública sobre los que hay mucha más evidencia de la que estamos teniendo en cuenta en la toma de decisiones y de la que estamos teniendo en cuenta al discutir las políticas, como la política de drogas, como ciudadanos. Yo encontré una gran confluencia y complementariedad en los comentarios. Yo diría los cuatro aportes coincidieron en la necesidad de un sistema educativo personalizado que reconozca la diversidad y en que, en definitiva, el sistema educativo y otros agentes son los decisivos para la prevención. Yo ahí me quedo - que además va contra la hipótesis que yo hubiera formulado antes de leer el *paper* de Burkhardt - yo hubiera pensado que hablar de drogas tenía algún efecto y Burkhardt, no se si ustedes lo registraron, fue contundente en decir no sirve, no hay evidencia de que eso aporte. Yo creo que eso es un debate interesante para dar, porque nosotros hoy en el mundo tenemos el desafío de tener en el Uruguay y en el mundo políticas basadas en evidencia. Y acá tenemos una evidencia que me parece que pone en cuestión percepciones que nosotros tenemos.

Hay muchas percepciones que nosotros tenemos que han ido variando, por ejemplo que tenemos un sistema educativo que genera equidad. Hoy creo que casi todos los uruguayos, los que estamos sentados en la mesa, consideramos que el sistema educativo tiene el desafío de generar equidad pero que muchas veces genera inequidad.

Lo otro en lo que hubo gran coincidencia, ahora en la intervención final de Renato Opertti, antes en la de Nilia Viscardi, en varias en que parte del problema del uso abu-

sivo de drogas es generado por la educación, las fallas de la educación, el fracaso en la educación, la insuficiencia en educación desde la primera infancia, que es muy reciente del Uruguay, masivamente desde los noventa y todavía va entrando en la política pública de a poco, con dificultades, es un factor asociado al uso problemático de drogas.

Yo ahí diría primero una muy buena noticia: hay evidencia sobre políticas y programas efectivos en relación a la prevención del abuso de drogas. Y como contrapartida las políticas y programas deben estar basados en evidencia. Eso es un criterio de calidad que los ciudadanos deberíamos exigirle a las políticas que nos propongan el año que viene y el otro en la campaña electoral y a las que vayan implementando los gobiernos.

Tres o cuatro comentarios que los separé en malas y buenas noticias.

Para mí la primer y gran mala noticia, que después tiene como componentes, es que tenemos un viejo Estado de bienestar y un viejo sistema educativo exitoso diría y hasta los sesenta. Y construido sobre la base de la homogeneidad de las intervenciones - y es muy exitoso en esa construcción sobre la base de la homogeneidad de las intervenciones.

El lio es que le cuesta procesar diferencias y todos los que hablaron antes que ya plantearon la base de poder prevenir y la base de poder ser eficaces en la política educativa es reconocer diferencias y nuestro sistema educativo reconoce diferencias a las piñas, reconoce diferencias con muchísima dificultad.

> No tenemos espacio de vinculación y acompañamiento por fuera de las asignaturas, especialmente en medio. O sea tenemos una estructura asignaturista. Entonces ¿dónde conversamos de los estudiantes como personas, de lo que le pasa al estudiante?

Mi impresión es la escasa y a veces nula capacidad de hacer varias de las cosas que esta mañana se dijeron que había que hacer. Tanto es así que yo estoy de acuerdo con lo que decía Nilia Viscardi que es muy duro que uno puede observar en el funcionamiento del sistema educativo una especie de pedagogía de la exclusión.

Primero, no tenemos espacio de vinculación y acompañamiento por fuera de las asignaturas, especialmente en medio. O sea tenemos una estructura asignaturista. Entonces ¿dónde conversamos de los estudiantes como personas, de lo que le pasa al estudiante? Hubo alguna experiencia, el espacio curricular abierto en algún momento. Tenemos un sistema educativo que no tiene espacios de orientación educativa y laboral generali-

zado para todos los estudiantes. Todas cuestiones que no las menciono caprichosamente, que tienen que ver con recomendaciones que se hicieron hoy que son efectivas para la prevención.

Y además tenemos enormes dificultades para reconocer que tenemos estudiantes diferentes.

Cuando tenemos estudiantes que escapan de una determinada idea previa y que no vienen con el *background* y el apoyo familiar que esperábamos el sistema educativo - el sistema educativo, quiero subrayar - no los educadores queda de alguna manera como desconcertado. Los educadores hacen lo que pueden con mucho menos herramientas que las que deberían tener para poder enfrentar esos desafíos.

Los educadores hacen lo que pueden con mucho menos herramientas que las que deberían tener para poder enfrentar esos desafíos.

Y además tenemos otra dificultad muy grande muy vinculada a varias de las cosas que se plantearon y al tema vinculado al uso problemático de drogas. Tenemos una dificultad enorme en el Uruguay para procesar diferencias expresándolos en curriculum. La idea de que el curriculum es el máximo común denominador de valores y de ideas que tenemos, es una pésima idea como propuesta curricular, como propuesta de política educativa. Porque el máximo común denominador para los adolescentes y para los niños es irrelevante. ¿Cuál es el máximo común denominador en temas tan críticos como la reproducción?, ¿abortar o no abortar? Tenemos posiciones contrapuestas, todas legitimas en el Uruguay. Ahora ¿qué hacemos con el sistema educativo?: no hablamos de eso y cuando alguien se anima a hablar de eso termina judicializado el funcionamiento del sistema educativo. O sea tenemos mucha dificultad para reconocer la pluralidad que tenemos hoy en la sociedad, que no es la que Germán Rama planteaba hace treinta o cuarenta años, que hablaba de una sociedad hiper integrada donde todos teníamos valores, comportamientos relativamente comunes, compartido. Hoy tenemos una sociedad muy fragmentada no solo entre los más pobres y el resto de la sociedad. Con otro tiempo, con distintas espiritualidades, con distintas maneras de entender la familia, de entender cosas que son decisivas en el proceso de crecimiento y de socialización.

Segundo problema, hoy tenemos muchísima información sobre los estudiantes, pero tenemos, especialmente quiero decir en media y en inicial, bajísima capacidad de uso de esa información. En primaria hay una herramienta que se llama Gurí que da un muy buen paso, avanza mucho en la buena dirección de poner esa información al servicio de quien es más importante que la tengan que es los maestros y las escuelas, no sólo las autoridades, que por supuesto también. Pero sobre todo o tanto como las autoridades,

tanto no sobretodo, los maestros y las escuelas. Tercero algo que mencionaba Augusto Pérez Gómez y que es un problema grave en el Uruguay. La política educativa uruguaya es la única política pública, de las que yo tengo idea, que no tiene ningún estándar. ¿Qué tienen que aprender los niños y los adolescentes uruguayos? ¿Qué desarrollo tiene que tener en primera infancia? que se planteo muy bien en varias de las presentaciones. ¿Qué tiene que lograr? Eso en el mundo, en la gran mayoría como decía bien Renato de los sistemas educativos que definen los currículos en base a aprendizajes o a competencias, está formulado en los programas curriculares. Pero tampoco tenemos definido algo que Daniel Radío planteaba hoy de mañana, la clave es el vínculo la clave para una buena prevención es el vinculo entre docente y estudiante. ¿Alguien alguna vez le dice con claridad a los docentes que en sus términos de referencia, esta tener un buen vínculo con los estudiantes? Le dice que tiene que dar determinado programa, esa es la estructura tradicional porque no hay un estándar de lo que es una buena práctica docente. Y para terminar algo muy importante, como planteaba Nilia Viscardi, tampoco tenemos un estándar de lo que es un buen centro educativo. No sabemos lo que es un buen liceo, no sabemos lo que es un buen Caif. Si uno pregunta que tiene que tener un Caif le dan un libro blanco de cincuenta páginas. Eso no es una respuesta, la respuesta tiene que ser quince criterios de logro, quince niveles de funcionamiento, quince variables con sus indicadores. No son treinta páginas, no son cuarenta páginas, son cinco páginas como máximo. Y lo último que quiero decir es que todo esto lo tenemos en un sistema fuertemente inequitativo. En el Ined hemos hablado mucho de la inequidad de aprendizajes.

También tenemos que hablar de la inequidad en la adquisición de capacidades o de competencias socio emocionales.

También tenemos que hablar de la inequidad, que es la que vamos a estar mostrando en un informe la semana que viene, en la capacidad de regulación emocional, en donde el principal dato de un estudio sobre regulación emocional, que vamos a estar presentando, es que está también desigualmente distribuida. Los hijos de sectores de más ingresos tienen, medidos con una escala de regulación emocional, más capacidad de regular sus emociones - que en varias de las intervenciones se decía es clave para poder no ser adicto digamos para plantearlo en términos coloquiales - en los sectores de mas altos ingresos hay más capacidad de regular las emociones que en los sectores de menores ingresos. La semana que viene el estudio va a estar colgado en la página web del Instituto.

Buenas noticias. Desde hace tiempo, y las digo telegráficamente para no extenderme, desde hace tiempo se vienen haciendo muchos esfuerzos. Desde la década del noventa en el Uruguay tenemos el programa Maestros Comunitarios, que es un esfuerzo exactamente orientado en la línea de lo que se planteo hoy acá como estrategia preventiva. Desde el año 2007, aproximadamente, tenemos la Formación Profesional Básica en la UTU que posibilita construir vínculos entre docentes, centro y estudiantes, en torno a

algo que le hace mucho sentido a los estudiantes, que es una determinada área práctica - profesional - laboral. Y que muestra mucho más capacidad de convocatoria y de construir relación que la modalidad enciclopédica que todavía algunos reivindican hoy en el Uruguay.

Otra buena. Tenemos un marco curricular que prioriza, yo diría con un enorme énfasis, las capacidades socio emociónales. O sea incorpora las capacidades socio emocionales como objetivo de la política educativa o las competencias socio emociónales para ser más precisos.

Y hay un proceso hoy de formulación de estándares, como planteaba Pérez Gómez, de pautas comunes acordadas, evaluables, verificables de lo que tiene que hacer el centro, de lo que tiene que lograr el estudiante, de lo que tiene que hacer el docente. Eso está en la agenda hoy de política educativa. Ahí creo que tenemos discusiones. No cedo a la tentación de hacer comentarios en relación a temas que planteaba Renato y que le he escuchado a Juan Pedro. ¿Cuánto hay que discutir para cambiar el curriculum? Probablemente tengamos versiones distintas. Mirando el vaso lleno lo importante es empezar a cambiar porque el que tenemos no responde a ninguno de los desafíos que se plantearon hoy.

> Tenemos dificultades hasta para manejar la asistencia de los estudiantes que es la información más básica, viene o no viene al centro educativo. Y la información está, no es que no está. El problema es cómo el centro educativo la usa, se apropia de ella y la vuelve trabajo, práctica educativa.

Tenemos un desafío enorme con el tema de la asistencia, con el tema de la información. Tenemos dificultades hasta para manejar la asistencia de los estudiantes que es la información más básica, viene o no viene al centro educativo. Y la información está, no es que no está. El problema es como el centro educativo la usa, se apropia de ella y la vuelve trabajo, práctica educativa.

Para reconocer las diversidades tenemos en construcción una herramienta que es poderosa e imprescindible que se llama la Ficha Única del Estudiante. Como está en etapa de testeo me permito plantear - ojalá que haya gente de Anep por acá - que tiene poco presente necesidades educativas especiales vinculadas a la salud mental, que son un buen mecanismo como se dijo en varias de las intervenciones para poder fortalecer capacidades y evitar sobre medicalización.

Tenemos un desafío en la información. Hoy primaria está avanzando mucho en información y la información desaparece cuando el alumno pasa a media. Los docentes de media no tienen la misma información que produjo primaria y tampoco tiene la que surge del propio proceso de trabajo de primaria.
Tenemos que conectar esto con otra gran herramienta que va a ayudar mucho, porque ayuda a mirar la diversidad que es la construcción de un baremo nacional de discapacidades o de necesidades especiales.
Y con esto termino. Hay evidencias, hay estudios que muestran que compartir información sobre los centros educativos que son capaces, como planteaba Nilia Viscardi antes, de generar un buen ambiente, como planteaba Renato, de acordar reglas de juego interno y yo agrego - porque hay varios estudios que lo muestran - de compartir información sobre sus estudiantes son centros educativos en los que los estudiantes aprenden mas y además se sienten mejor. Esos comentarios, gracias.

URUGUAY

Prof. Luis Giménez

PSICÓLOGO DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, ESPECIALISTA EN LA PROBLEMÁTICA DEL USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, PROFESOR TITULAR GRADO 5 DEL INSTITUTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UDELAR. ACTUALMENTE DOCENTE DE LA ESPECIALIZACIÓN "ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS" Y COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PRACTICANTES Y RESIDENTES DE PSICOLOGÍA EN SERVICIOS DE SALUD DE ASSE. INTEGRANTE DURANTE MÁS DE VEINTE AÑOS DE LA ONG ENCARE, ESPECIALIZADA EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN DROGAS.

Gracias, en primer lugar, por la invitación. Por el honor de estar aquí, tratando de compartir con ustedes algunas ideas y comentarios que surgen de las exposiciones y de los distintos planteos que hemos escuchado desde la mañana. También, quiero agradecer por la oportunidad de estar aquí. Tal vez si no hubiera sido por esta invitación, y debido a la vorágine en que estamos usualmente en diciembre, sería de esas veces en que me hubiera perdido esta oportunidad y, al perdérmela, me hubiera perdido el leer algunos de los materiales que recomendaron algunos de los expositores y que, la verdad, sugiero que tomen contacto con ellos porque son realmente muy ricos, muy interesantes. Cuánta cosa se ha dicho, ¿no? Mi esquema inicial de qué compartir con ustedes aquí, a partir de lo que nos pasaron previamente, de las presentaciones, se ha complejizado de tal manera que el esquema se ha llenado de líneas, de flechas, construyendo un verdadero laberinto. Si ustedes lo tuvieran ante ustedes, se asustarían como yo también me asusto de si podré, realmente, llegar a ordenar todo lo que hemos escuchado. Hemos escuchado mucha cosa. Y pensaba que desde el principio, cuando la Subsecretaria nos planteó el desafío de pensar en la prevención y en la educación, con una mirada compleja, algo de esta complejidad fue de alguna manera puesta en evidencia en esta instancia. Y lo complejo me llevó a Edgard Morin, el filósofo de la complejidad, y que plantea como uno de los principios básicos del pensamiento complejo, la

idea "holográmática" –así le llama– y que implica que así como el todo está en la parte, la parte está en el todo. Hemos escuchado hablar de salud, de educación, de justicia, de democracia, de sostenibilidad mundial, de crisis o quiebre civilizatorio, de lo inclusivo, lo exclusivo, de las violencias, de las vulnerabilidades, de las crianzas, de los lugares de la familia. Hemos escuchado hablar, también, de libertad. ¿Qué quedó afuera? Sería más difícil encontrar algo que haya quedado afuera de la vida, hablando de drogas. ¿Pero nos fuimos del tema, o es que, en realidad, el todo está en la parte?

Un joven, se hace la "rabona" y sale a consumir sustancias. En esa conducta está su historia, está su familia, está su vida, está su cultura, está su entorno, está su momento histórico. Pero también, está todo lo que podemos encontrar del mundo actual. Así que parece lógico, que algo que parece en principio acotado se ramifique hasta el extremo de lo que hemos escuchado hoy. Quería decir, antes de seguir, desde dónde yo puedo hacer algún comentario. Creo que entre los comentaristas presentes aquí vengo a ser una suerte de "drogólogo", si bien trabajo desde lo educativo desde hace mucho tiempo. Me he desempeñado profesionalmente, es decir, buena parte de mi vida profesional ha transcurrido en el campo "drogas" y en el campo "prevención de drogas" y como frecuentemente sucede en esto, lo educativo ha sido como un campo privilegiado del desempeño laboral. Así que lo que yo puedo decir, a partir de lo que plantearon los expositores, también tiene mucho de implicación, de análisis crítico e implicado de lo que es una práctica que me ha movilizado desde hace tanto tiempo. Creo que podemos pensar lo educativo, en dos sentidos. Y de alguna forma estos dos sentidos han estado presentes también, aquí en las exposiciones. Lo educativo como ámbito, como escenario, como sistema, como espacio especializado en la sociedad para brindar la función educativa, o lo educativo, como práctica social y cultural. Sobre lo primero –como ámbito, como escenario–, ha sido un ámbito frecuentemente usado y abusado por parte de las prácticas de prevención en drogas. Y esto ha sido por varias razones. Por un lado porque es indudable, nadie puede discutir –y se ha planteado con insistencia en esta secuencia de exposiciones– la importancia clave que tienen los sistemas educativos, y en particular los sistemas educativos formales,

Hemos escuchado hablar, también, de libertad. ¿Qué quedó afuera? Sería más difícil encontrar algo que haya quedado afuera de la vida, hablando de drogas. ¿Pero nos fuimos del tema, o es que, en realidad, el todo está en la parte?

en la socialización de las generaciones. Pero también, creo que a veces el uso, o mejor, el abuso de lo educativo, está marcado por una expectativa, a mi gusto tal vez excesiva, que ubica en lo educativo la solución a los más diversos problemas sociales. Y esto no es porque lo educativo no tenga un rol clave para enfrentar ciertas problemáticas sociales que nos atraviesan. El problema es cuando terminamos depositando en el tema educativo toda solución, cosa que termina por cargar a los docentes y que cada vez tienen que enfrentar más cuestiones en sus aulas. El tema drogas, una de ellas. Pero hay también una razón, si se quiere operativa, para que lo educativo haya sido muchas veces víctima de abuso por parte de las prácticas preventivas en drogas, que es la posibilidad de tener una población cautiva. Es relativamente fácil reunir a esos jóvenes en un salón, y hablarles de distintos temas, entre ellos plantearles información con objetivos disuasorios sobre los consumos de sustancias. Los agentes a cargo de estas prácticas, los estilos, los marcos de referencia, los enfoques, han ido variando. Han pasado por las aulas con intenciones preventivas, los ex consumidores o ex adictos, han pasado agentes de seguridad, ha pasado personal de salud, médicos, enfermeros, hemos pasado psicólogos y trabajadores sociales. Hemos planteado, por momentos, esta información alarmista para tratar de persuadir de que los jóvenes no hagan lo que previamente tratamos de definir como equivocado. Hemos manejado información más acorde a las evidencias científicas, hemos generado espacios de intercambio, de discusión; hemos incorporado enfoques de reducción de riesgos y daños. Han ido variando los enfoques, pero hay un punto que uno de los expositores nos señalaba con contundencia, que parece estar en la base –aún no lo suficientemente cuestionada– de este tipo de práctica y que es el rol que le damos a la información sobre los daños, los riesgos, las conductas equivocadas. En este mismo evento hemos escuchado dos posiciones totalmente contrapuestas: al inicio, aquella que decía que la información es la clave y, por parte de Gregor Burkhart, él planteó que es algo de lo que tenemos que tirar por la borda. No sé me ocurren posiciones más extremas que las que hemos escuchado aquí respecto a este tema, y es evidentemente un punto de debate que tenemos que pensar cómo incorporar. Acá nadie está negando el valor que tiene la información; el tema es cuál es el rol, la centralidad que pasa a tener la información en las prácticas preventivas en este campo.

Creo que para terminar de enriquecer esta forma de pensar lo educativo tenemos que complementarlo con éste otro sentido de lo educativo: lo educativo como práctica social y cultural. Todos los que estamos acá, estamos acá porque tuvimos ciertos aportes que nos permitieron sobrevivir y llegar a la adultez, algunos incluso, a la adultez mayor. Es algo maravilloso de la naturaleza humana, si nos detenemos un minuto a pensar. Ese rasgo que nos diferencia del resto de las especies animales y que nos hace la especie más vulnerable de todas en el momento que nacemos y que gracias a esta vulnerabilidad nos construye como la especie que somos en esa Tierra. Somos la especie más vulnerable al nacer, prácticamente no tenemos viabilidad si alguien no nos cuida, no nos protege, no nos alimenta. Y eso lo necesitamos por largo tiempo, somos la especie que

lo necesita por más largo tiempo. Paradojalmente, esa vulnerabilidad es la que ha construido la mayor fortaleza: la cultura, la historia, el lenguaje, lo que somos. Y en esa construcción me detengo porque esta idea de cuidar, de cuidarnos, cuidar al otro, es algo que aprendemos en ese contexto de vulnerabilidad y protección que nos constituye como seres humanos. El cuidado de sí y el cuidado de los otros es parte inseparable, parte y resultado del proceso al que llamamos lo educativo como práctica social y cultural. Entonces cuando hablamos de prevención, en realidad estamos hablando de cómo se manifiesta ese cuidado de sí y de los otros. Si ese proceso del cuidado de sí y de los otros de alguna forma ha sido vulnerado o está siendo vulnerado o está siendo "fragilizado", las posibilidades de lo preventivo, en múltiples temas, incluyendo drogas, va a ser más difícil.

Entonces cuando hablamos del papel clave de lo educativo en lo preventivo debemos pensarlo también desde esta lógica, desde ese vínculo que posibilita que el otro aprenda a cuidar de sí y a cuidar de los otros. Que es otra manera de decir: cuidar la vida. Y cuando hablamos de cuidar la vida se nos plantea un problema que vincula lo social con lo singular. Como se ha dicho también, hemos construido una sociedad, un mundo, que no ha hecho del cuidado de la vida su eje central articulador. Me refiero a la vida humana, pero también a la animal, a la vida en todas sus expresiones. Hemos construido un mundo que ha negado el cuidado, incluso al extremo de arriesgar la sustentabilidad, la sostenibilidad del planeta, por poner por encima otros intereses y postergando el cuidado de la vida. Y entonces se nos plantea una cierta paradoja: ¿cómo enseñar?, ¿cómo generar procesos educativos que apunten al cuidado de sí y de los otros en un mundo que día a día transmite un mensaje contrario al cuidado, a la protección, al desarrollo de la vida en todas sus formas? Se nos plantea un tema acá de relación entre lo individual y lo social. Muchas veces se nos dibuja una ecuación de lo social influyendo lo individual, o lo individual incidiendo en lo social. Desde mi perspectiva, esta es una idea errónea. La propia idea de que exista algo como lo social y lo individual es una idea errónea. Desde mi perspectiva lo que llamamos "individual" no es otra cosa que la expresión

Cuando hablamos del papel clave de lo educativo en lo preventivo debemos pensarlo también desde esta lógica, desde ese vínculo que posibilita que el otro aprenda a cuidar de sí y a cuidar de los otros. Que es otra manera de decir: cuidar la vida.

singular de lo "social", por lo tanto el todo está en la parte. Y este "todo" que hace de la desprotección de la vida un eje articulador, se vuelve parte de las singularidades.

En drogas sabemos, desde hace mucho, desde aquellos experimentos de las décadas del 60 y 70 de Bruce Alexander, que los entornos son determinantes de los comportamientos. En su famoso experimento de "parque de ratas" quedaba más que en evidencia. Lo sabemos hace mucho –medio siglo, por lo menos–, que si no actuamos sobre los entornos, si no se transforman los entornos, las posibilidades de lo preventivo están seriamente limitadas. No obstante, pese a estas evidencias que se acumulan desde hace mucho tiempo, las prácticas preventivas siguen focalizadas en las decisiones individuales, en como los individuos tienen mayor o menor capacidad de decisión frente a las adversidades de la vida. Y en este sentido hay serias dificultades para obtener mejores resultados de los que hemos obtenido manteniendo estos presupuestos. Vayamos a entender el contexto en el que estamos planteando esto, este quiebre civilizatorio que es más que un estilo de vida, y acá quiero polemizar un poco. Tal vez desde las fuentes con las que me manejo yo, la epidemiología crítica latinoamericana, que ha señalado justamente una fuerte crítica a la noción de "estilos de vida", porque la noción de "estilo de vida" está relacionada con las decisiones individuales. Desde el enfoque de la determinación social de la salud, ha sido pensado como más importante "los modos de vida social" y no tanto los estilos individuales. Es muy interesante lo que Burkhart trae de las perspectivas, de los *i frames* o marcos individuales, y luego ese otro s *frames*, el de los marcos sociales, para pensar y comprender esto. Entonces: son modos de vida, son modos civilizatorios que hacen del consumo el centro, como hoy se planteaba en la primera ronda de exposiciones y que son fuentes generadoras de malestar, de sufrimiento. Nidia decía: hoy, es más probable que nos matemos a que matemos a otro. Y en psicología hace mucho que trabajamos con la idea de que el que se mata, en realidad, es otra cosa la que quiere matar: no es estrictamente a él a quien quiere matar, sino a la forma en que está viviendo. Y en este sentido, esta sociedad, este modelo

No obstante, pese a estas evidencias que se acumulan desde hace mucho tiempo, las prácticas preventivas siguen focalizadas en las decisiones individuales, en como los individuos tienen mayor o menor capacidad de decisión frente a las adversidades de la vida.

civilizatorio no sostenible, genera condiciones de malestar y de sufrimiento mental y subjetivo, que va a tener respecto a esto una serie de movimientos articulados. El primero es la "psicologización" de ese malestar colectivo. Es decir, no es la sociedad sino los individuos. El segundo es la "psicopatologización" de ese sufrimiento subjetivo. Y el tercero es la compensación farmacológica de esa "psicopatologización" y sufrimiento individual. Por lo tanto el círculo se cierra, y los distintos fármacos producidos por la comunidad, legales e ilegales, pasan a tener una funcionalidad frente al malestar y al sufrimiento generado socialmente.

Podemos seguir pensando que prevenir es actuar sobre los individuos y su capacidad de toma de decisiones y ese es un nivel necesario, pero mientras no articulemos el trabajo con los sujetos singulares, con la crítica y la problematización de los procesos colectivos de los cuales estos procesos subjetivos son expresión, seguiremos errándole al punto crítico que plantea justamente, las características y las complejidades que tiene el fenómeno drogas en el mundo actual. Muchas gracias.

URUGUAY

Lic. Juan Pedro Mir

MAESTRO DE EDUCACIÓN PRIMARIA, LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, ESTUDIOS DE POSGRADO EN ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN EN LA ORT Y DIRECCIÓN DE CENTROS EDUCATIVOS EN ANEP. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CURSANDO LA MAESTRÍA EN DISEÑO CURRICULAR Y APRENDIZAJE, EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA. SE DESEMPEÑA COMO DOCENTE EN PEDAGOGÍA, EN FORMACIÓN DOCENTE ANEP Y EN LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA. ASESORA Y COORDINA PROYECTOS EDUCATIVOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, DONDE SE DESTACAN LOS CENTROS EDUCATIVOS Y SOCIALES DE LA FUEP, Y LA FUNDACIÓN PRO CAMBIO.

Buenos días. Muchas gracias a Daniel Radío, de la Junta Nacional de Drogas, por la invitación. Voy a ser breve, porque estamos todos cansados, fue una larga jornada, y para después esperar los comentarios de los colegas. De las variopintas exposiciones que se hicieron en esta mesa, yo saqué tres tensiones que quería compartir con ustedes. La primera tensión que uno vio en las exposiciones, o el primer llamado, es a "hacernos cargo". Yo tengo una visión un poco diferente de la de los colegas que me antecedieron: no creo que vivamos en una sociedad que, necesariamente, se encuentre en una espiral de decaimiento de las condiciones de derecho de los niños o de los jóvenes, o que estemos necesariamente en un proceso de ida a pique. No estamos peor que antes, sería injusto decir eso, yo soy nieto de analfabetos. Y mi hija va a tener distintas percepciones ante su propio cuerpo y ante su propia trayectoria de vida, que sus bisabuelas. Y yo creo que ese es un punto que no podemos perder cuando comentamos o cuando vemos la evolución de la sociedad en que vivimos. Que vaya si ha evolucionado. Hace cien años el noventa por ciento de la población humana estaba en hambre, tenía hambre. Si hoy estamos poniendo arriba de la mesa cuestiones que tienen que ver con derechos de las infancias, que tienen que ver con los derechos de género, una mesa hiper masculinizada que a todos, hoy, nos llama la atención. Y hoy pensaba, la próxima vez que vaya a una mesa lo primero que voy a preguntar es cuántos varones van a participar y si se dan este tipo de estructuras voy a decir "no voy". Pero lo pensé recién ahora, a Nidia la conozco hace veinte años, pero es el hecho de deconstruirnos en

nuevos derechos. Cuando una colega vio el panel de esta mesa, me dijo: "Juan Pedro, todo bien, pero hay una sola mujer". O sea: siglo XXI, por favor. Pero esta situación no estaría presente no ya en el 2022, no estaría presente en el 2010.

Entonces yo creo que estamos en un proceso de tensión, pero la peor tensión es que consideremos que estamos peor que antes. No, no estamos peor que antes: nuestras hijas no están peor que nuestras abuelas, van a vivir más, van a estar más educadas, van a tener proyectos de vida posibles de constituir, entre otras cosas gracias a la lucha de nuestras madres y de nuestros padres y a nuestras propias luchas. Creo que ese es un punto interesante a la hora de pensar los cuidados. Las sociedades de antes no cuidaban más que ahora y ser niño nunca fue fácil. Los espartanos tiraban a los niños de los acantilados, a los niños que nacían con malformaciones. El infanticidio era una práctica tradicional entre las sociedades medievales. Y entonces, ese largo transcurso de la Ilustración, que todos conocemos, y el positivismo, los espiritualismos, no han sido en vano. Y entonces yo creo que ese punto, el de "hacernos cargo", es un llamado de atención. Y paulatinamente nos estamos haciendo cargo. Y es un llamado que han hecho los colegas, hacernos cargo. Entre otras cosas para recibir a los nuevos. Si me permiten voy a tomar una metáfora de una autora fantástica, que todos ustedes conocen, Hannah Arendt. Cuando en la década del 50 Arendt ya planteaba la crisis de la educación y decía: una de las crisis de la educación es que no recibe a los nuevos. Y una autora judía hacía mención al concepto de la Navidad, y decía ¿qué es la Navidad? Es la posibilidad de renacer a partir del renacimiento del otro: es una lección que nos deja el cristianismo, fantástica, de cómo a partir del renacimiento, en el caso de la tradición cristiana de un enviado de Dios, nos es permitido renacer a nosotros. Cada niño que nace es la oportunidad humana de volver a nacer, y esa imagen fundacional del pesebre, ¿qué es? La bienvenida del otro. Y quizás el desafío para evitar males peores es bienvenir a los que vienen. Que cada vez son menos –y nos tiramos de los pelos porque baja la tasa de natalidad– y capaz que no se trata de verlo como un problema y podemos verlo –como plantea Filgueiras– como una posibilidad. Vamos a tener, en el sistema educativo, para 2030, 100.000 estudiantes menos. Podemos tirarnos de los pelos pero también podemos verlo como la posibilidad de que a esos 100.000 que tenemos, o a los 500.000 que nos quedan, los tratemos mejor, y gastar más, y gastar mejor. Y entonces yo creo que esa lógica de recibir a los nuevos, de hacerse cargo de los nuevos, es continuar lo mejor de la tradición liberal, lo mejor de la tradición racionalista y que

> Educar es cuidar y cuidar es educar, y eso tiene que estar en el centro de las instituciones educativas.

desde hace por lo menos 400 años no está diciendo: el camino va por acá.
La tercera tensión, el tercer punto, es combinar educación y cuidado; educar es cuidar y cuidar es educar, y eso tiene que estar en el centro de las instituciones educativas. Contraponer educación y cuidados desde la propia formulación del presupuesto, cuando muy lógicamente las organizaciones sociales y la propia UNESCO plantean un 6 % para la educación, y uno dice ¿y cómo yo esto lo articulo con la lógica de cuidados? Educar es cuidar y cuidar es educar, y eso tiene que estar en el centro de las instituciones educativas. ¿Y por qué? Porque cuando yo educo –y aquí se abre una discusión interesante, cuando Augusto Pérez dice que no se trata de "enseñar" sino de generar las condiciones, esta distinción entre la pedagogía nueva y la pedagogía tradicional–, y esto es una opinión personal, ahí yo me ubico en otro paradigma: un maestro tiene que enseñar, un adulto tiene que enseñar. ¿Y qué es enseñar? Decía el Profesor Luis Behares, "poner en señas" al otro, no soltarle la mano al otro. Se puede enseñar a palazos pero también se puede enseñar como cuando subo a mi hija al murito, la tomo de la mano y la acompaño y después la suelto para que siga sola por el murito. Entonces, enseñar es cuidar y el acto de enseñar es poner "en señas" al sujeto humano que llega. Entonces esto me parece que es un punto central para las instituciones y para las familias y en donde, indudablemente, como decía el colega, tenemos que priorizar qué pedimos a las instituciones, que les pedimos y que no les pedimos. Y por último, que apareció en las intervenciones de todos los colegas que me antecedieron, está la necesidad de trabajar articuladamente. El Estado de bienestar se ha construido, privilegiadamente –y tenemos 150 años de un Estado de bienestar, vaya tradición que tenemos, vaya tradición laica y racionalista que tenemos y vaya que habrá que cuidarla– a partir de esas instituciones que educan y que cuidan. 150 años de eso. Pero, fruto de urgencias y a veces de miopías, seguimos pensando en instituciones que se superponen unas con otras o que pueden convivir pero sin articularse. Pero entonces, imaginemos esta escena –y perdón la metáfora de maestro de escuela, si tuviera un pizarrón dibujaría–, imaginemos una plaza, donde tengo el CAIF, la escuela, el liceo, la UTU, la plaza de deportes, y quizás un centro de salud. Todas esas instituciones, las cuales son renglones presupuestales que pagamos, y que pagamos mal, están totalmente descoordinadas entre sí. Todos sabemos que tenemos un jardín de infantes al lado de un liceo y en cincuenta años de políticas educativas y sociales no hemos construido de tal forma que el liceo articule con el jardín de infantes y con la escuela que está enfrente. Y ni hablar con el prestador de salud. Pero ya es hora. Tenemos un Sistema Integrado de Salud que en ninguno de sus ítems incorpora la educación como un punto central. Entonces, multiplicamos esfuerzos. Y si le agregamos a esos renglones que por ejemplo el BPS supervisa o suministra a través de los cuidados para aquellos trabajadores que están incluidos en el circuito formal (y tampoco es un actor que está articulado), vemos que es como que cada uno quiere tener su oficina propia de cuidados. Y en esa oficina propia de cuidados, descuidamos. Y ese es uno de los grandes desafíos, que trasciende

lo curricular y lo incorpora, que trasciende la reinserción y la incorpora. Ese es uno de los grandes desafíos y que hace que el hecho de que los uruguayos tengamos mayor esperanza de vida y que tengamos indicadores crecientes de democracia social, de democracia política, que tengamos una libertad, civil y religiosa, de las más grandes del mundo, se pueda concretar en un sistema de cuidados y educación que se articule y que logre mejorar la vida de nuestros jóvenes y nuestros niños. Muchas gracias.

ESCANEÉ EL CÓDIGO QR PARA VER EL VIDEO DEL FORO EN YOUTUBE

4

FORO

FORO ACADÉMICO

Regulación del cannabis en Uruguay y la región: avances y desafíos

EDIFICIO ANEXO TORRE EJECUTIVA
SALA DE ACTOS PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
MONTEVIDEO, URUGUAY
8 Y 9 DE NOVIEMBRE DE 2023

ÍNDICE

FORO 4 / 2023 **234**

JORNADA 1 238
Apertura
Dr. Nelson Bracesco 240
Presentación
Sr. Alfonso Fernández De Castro 242
Dr. Daniel Radío 244
Ponencias
Mesa 1 250
Dra. Rosario Queirolo 251
CFA Alfredo Pascual 252
Lic. Julio Calzada 258
Dr. Martín Fernández 264
Lic. Héctor Suárez 270
Mesa 2 286
Dra. Raquel Peyraube 288
Ing. Agr. Sergio Vázquez 296

JORNADA 2 314
Dr. Facundo Álvarez 316
Dr. Sergio Sánchez Bustos
y Mag. Mariela Hernández Moraga 336
Dra. Sandra Carrillo 344
QF. Pedro Wong 360
Dra. Leticia Cuñetti 380
Lic. Burix Mechoso 394

JORNADA 1

MESA DE **APERTURA**

URUGUAY

Dr. Nelson Bracesco

PROFESOR AGREGADO DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE BIOFÍSICA, DIRECTOR DEL LABORATORIO DE RADIOBIOLOGÍA E INTEGRANTE DEL NÚCLEO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS SOBRE CANNABIS, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR.

Muchas gracias a todos a los que están aquí y a los que están tras la pantalla. Antes que nada quiero aclarar que estoy en representación del decano de la Facultad de Medicina, el profesor Arturo Briva, quien se disculpó por temas de agenda y expresa un deseo de un exitoso foro que se está realizando, del cual no tenemos duda.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República está desde el día menos uno con el tema Cannabis. Estuvo apoyando a la Junta en el momento previo a la creación del IRCCA, estuvo vinculada al espacio interdisciplinario en la creación de núcleos interdisciplinarios de estudio de cannabis. Estuvo trabajando a través de referentes como en farmacología el profesor Tomas Cuna; en toxicología Alba Negrín; el profesor González en neuropediatría, en temas vinculados a lo que es la salud y el consumo o las posibles aplicaciones del cannabis en medicina. También se ha realizado mucha investigación a nivel básico.

Estamos lejísimos de lo que quisiéramos hacer. Esto que sea el cuarto foro académico es a mí entender sustancial. Yo creo que los que pueden aportar seriamente, y estamos en un debe muy importante, es la academia. Creo que tenemos que generar de todas estas instancias una fuerte sociedad de la academia, la industria y los gobiernos para poner en frente el problema y tratar de ir resolviéndolo. Por lo tanto, a nivel académico estamos en la aprobación de un curso de cannabis optativo dentro de la Facultad de Medicina. Ya en el foro anterior dijimos que lo íbamos a armar. Ya está hecha la propuesta, está en los resortes internos de la facultad. Esperamos que el año que viene comience.

No le llamamos «cannabis medicinal» llamamos herramientas para que se pueda trabajar y en-

> Creo que tenemos que generar de todas estas instancias una fuerte sociedad de la academia, la industria y los gobiernos para poner en frente el problema y tratar de ir resolviéndolo.

tender la fisiología vinculada al consumo de cannabis o a la administración. Sea cual sea, se está comenzando el desarrollo, o se está tramitando para desarrollar, un nuevo ensayo clínico. El Uruguay no tiene mucha experiencia en ensayos clínicos de nuevas drogas. La Udelar, a través del Pro Rectorado de investigación científica está generando un comité que empieza a funcionar en breve, sobre estudios de cannabis, para evaluar proyectos en la universidad.

Pensamos que vamos lento; vamos a nuestro ritmo. El tema es no detenerse y seguir investigando en esto y hacer investigación de nivel, de calidad, para aportar a lo que son las políticas públicas.

Muchas gracias y gracias por invitarnos.

ESPAÑA

MBA Alfonso Fernández de Castro

REPRESENTANTE EN URUGUAY DEL PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD).

Muchas gracias, muy buen día a todos y a todas.
En primer lugar agradezco a los miembros de la mesa que me acompañan o que me permiten acompañarlos. Un especial agradecimiento al doctor Daniel Radío, secretario de la Junta Nacional de Drogas, por la oportunidad de poder sumarnos a este espacio tan importante.
Yo quería compartir tres reflexiones relativamente breves.
Una es, y creo que este foro académico es un gran ejemplo, esa necesidad de seguir impulsionando el vínculo entre la academia y conocimiento. Siempre ha sido un vínculo totalmente natural, pero ese tercer eslabón: academia, conocimiento y políticas públicas y creo que este espacio demuestra un movimiento en la dirección correcta para que sea a través del conocimiento y de la evidencia, que se puedan informar las políticas públicas, sobre todo en temas tan importantes y que nos competen tanto como el que hoy tenemos aquí.
Como se mencionaba anteriormente, la necesidad de generar una base de conocimiento amplia y sólida tiene que estar en todo el ciclo, tanto en el diseño de las políticas públicas como en la ejecución, para ver cómo están avanzando, qué es lo que deberíamos corregir o no, en el monitoreo. Y es importante, claramente, que ese enfoque de aprendizaje también venga acompañado con los medios necesarios de implementación. Es fundamental desde la academia y desde los actores relevantes que nos sigamos haciendo las preguntas pertinentes.
Y quizás eso nos mueve al segundo elemento que no solo va a permear en este foro, sino en los anteriores y en esta red de trabajo: la necesidad de aprendizaje, de los aprendizajes propios y también de los aprendizajes ajenos de otros países, de otros actores que están transitando el mismo camino. Así que desde esa necesidad de entender

lo complejo, desde esa necesidad de entender lo multidimensional y sobre todo también en un mundo altísimamente ideologizado. Cada vez más son las evidencias, lo que nos va a permitir ir acercando esas posiciones.

El ser humano por definición tendrá distintas perspectivas de cómo debe ser nuestro día a día, de cómo deben ser nuestras sociedades. Eso es algo no solo legítimo, sino yo creo que es algo saludable. Pero esa ideologización cada vez nos pone en puntos más antagónicos. El traer evidencias en nuestras políticas públicas nos permite aproximar ese ese debate y creo que es absolutamente sano y saludable.

El ser humano por definición tendrá distintas perspectivas de cómo debe ser nuestro día a día, de cómo deben ser nuestras sociedades. Eso es algo no solo legítimo, sino yo creo que es algo saludable.

Por último, quizás mencionar algo que también que se ha dicho: esa necesidad de abordar la complejidad desde la innovación. Y una vez más la academia es fundamental para traer esa innovación. Sin lugar a dudas este espacio va a ayudar a traer un buen número de respuestas, de experiencias compartidas.

Y quizás en los próximos días también se destaquen algunas otras preguntas sobre las cuales necesitamos seguir trabajando de manera conjunta. Así que reitero el compromiso del PNUD. Y nuevamente agradezco la posibilidad de sumarnos a este foro. Muchas gracias.

URUGUAY

Dr. Daniel Radío

SECRETARIO GENERAL DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Señor Representante del PNUD, señor Alfonso Fernández de Castro, doctor Óscar Bracesco, preciado colega, Pablo Ferrari, muchas gracias por estar presente en todas las oportunidades. Representante del CODICEN, autoridades nacionales, invitados extranjeros, gracias a Cannamerica, representantes de la sociedad civil, señoras y señores, gracias. Gracias por acompañarnos otra vez en esta instancia.

La cruzada planetaria contra las drogas ha logrado que automáticamente todos nosotros identifiquemos a las drogas con un montón de características y de consecuencias que tienen connotaciones siempre negativas. El delito, la cárcel, la pérdida de libertad, la enfermedad, la muerte.

Lo que estamos habituados a escuchar en nuestros países respecto a lo que, por comodidad, hemos acordado en llamar el problema de las drogas, está imbuido de una mirada moralista y criminalizante, primero de las sustancias y luego de los usuarios. Como el uso de sustancias ha sido connatural a la humanidad, hay registro de uso de lo que hoy llamamos drogas desde que hay escritura y aún antes, las pinturas rupestres en las cavernas donde se expresaban los primeros seres humanos, testimonian el uso de sustancias psicoactivas. Podría entonces suponerse que el problema mundial de las drogas, que es como lo hemos bautizado, también existe desde siempre.

Pero resulta que no, resulta que cuando uno repasa retrospectivamente, constata que no siempre fue así, que a lo largo de la historia las personas han usado drogas con objetivos diversos que incluye lo terapéutico y lo recreativo con todos sus matices marcados por la impronta cultural de cada lugar y de cada época, y resulta que no siempre la sociedad humana tuvo los problemas que hoy automáticamente asociamos con el uso de sustancias.

Y por lo tanto, se puede deducir razonablemente que la mayoría de los problemas asociados con el uso de sustancias no son una inexorable fatalidad. No tendrían por qué acontecer necesariamente, no tendrían que haber llegado a ser un problema universal prácticamente irresoluble si no fuera por el régimen actual, si no fuera por los regímenes jurídicos de nuestros países que compiten a ver cuál es el que tiene mayor severi-

dad de las penas, criminalizando a los usuarios. Si no fuera por el ambiente cultural con el que hemos tratado de encapsular el uso de sustancias, rodeado de connotaciones morales y de descalificaciones hacia los usuarios y hacia las opciones de consumo ajenas. Y utilizando como pretexto algunas afectaciones de la salud de algunos usuarios, nuestras sociedades le han trasladado el problema y han buscado que se solucione en el derecho penal. Y a continuación, y casi como consecuencia de esto, le han trasladado el grueso de los recursos que podrían ser útiles para investigar y para el tratamiento de algunas de estas circunstancias desgraciadas de uso problemático.

A las instituciones encargadas de preservar la seguridad pública para liberar una batalla inútil, imposible de ser ganada y, por lo tanto, desmoralizante para quienes la llevan adelante. Este es el paradigma hegemónico en el mundo y este es el camino que hay que desandar.

> La cruzada planetaria contra las drogas ha logrado que automáticamente todos nosotros identifiquemos a las drogas con un montón de características y de consecuencias que tienen connotaciones siempre negativas. El delito, la cárcel, la pérdida de libertad, la enfermedad, la muerte.

Hay que tratar de distinguir cuántos de estos efectos negativos son verdaderamente consecuencias del uso de drogas y cuántos son consecuencias del régimen actual. Quiero decir, ¿no será que el problema mundial de las drogas es en realidad el problema mundial de las políticas que hemos diseñado desde hace un siglo a lo largo y ancho del mundo en torno a las drogas?

Y plantearnos entonces si no es posible mitigar al menos algunas de estas consecuencias proyectando alternativas, proyectando escenarios diferentes pensados en términos de prohibición, desprohibición o regulación del acceso. Este es el camino que hay que desandar y Uruguay hace diez años comenzó a desandarlo, concretamente en relación con una sustancia, el cannabis.

En realidad, el camino comenzó bastante antes, pero hace diez años se aprobaba en el Parlamento la norma que por primera vez en el mundo regulaba de manera integral el mercado de cannabis. Y cuando como país iniciamos este camino, asumimos una responsabilidad muy grande, porque sabíamos que íbamos a estar bajo la lupa, porque las esperanzas de muchas personas en el mundo de empezar a salir en un plazo más o menos corto del oscurantismo, y las esperanzas de darnos la chance de reencauzar el

rumbo de nuestra especie con las ideas de la Ilustración, iban a depender en parte de que nuestro país no fracasara en este intento.

Uruguay, en el caso específico del cannabis, ha diseñado un modelo alternativo partiendo de la base de un mercado de cannabis preexistente, pero clandestino, y que estaba siendo regulado por organizaciones criminales, introduce vía legal una regulación del mercado que establece reglas para la producción, para la distribución y para el acceso al cannabis.

Esta experiencia tuvo una peculiaridad, a diferencia de lo que ocurre en otros estados donde la regulación del cannabis se ha comenzado a discutir en torno a su uso medicinal, en Uruguay en todo el periodo que precedió a la aprobación de la ley, el centro de gravedad de la discusión estuvo siempre puesto en regular el uso adulto, o mal llamado, recreativo.

Este hecho revela por una parte una línea de continuidad histórica con la manera de abordar desprejuiciadamente el tema en nuestro país. Quienes participamos de aquel debate nos sinceramos, no estábamos dispuestos a pasar el uso adulto por debajo de la mesa, mientras le hacíamos creer a todo el mundo que lo que nos interesaba era el uso medicinal. Al contrario, se le llamó a las cosas por su nombre y se recogió además fielmente una demanda que llegaba desde la sociedad civil.

Pero al mismo tiempo, esta perspectiva constituyó un problema, porque el uso medicinal en cambio tuvo un lugar bastante accesorio en el debate, y por lo tanto también accesorio en la consideración del tema y casi quedó relegado a una inquietud de segunda instancia. Y esto no es un problema menor, porque respecto de los usos medicinales del cannabis, hay, como consecuencia de tantos años de prohibicionismo, mucho desconocimiento y mucha improvisación, mucha resistencia a saber más y a formarnos, y mucho prejuicio.

De los tres argumentos que estuvieron presentes en torno a la discusión del proyecto, que yo desaconsejaría utilizar de aquí en más, se ha afirmado que es conveniente avanzar por el camino de la regulación, porque de esta manera vamos a disminuir el consumo, disminuir el poder del narcotráfico y disminuir la violencia. Los tres argumentos son, desde nuestra perspectiva, equivocados.

El consumo no va a disminuir porque nosotros regulemos. Por una razón elemental, la gente no consume porque esté prohibido o porque el acceso esté ilegalizado. No deja de hacerlo, es más, por el contrario, consume a pesar de que esté ilegalizado. El poder del narcotráfico no va a disminuir. Los grandes narcotraficantes no viven del cannabis, ni siquiera el cannabis constituye una fuente importante de ingresos, y además las organizaciones criminales que desarrollan el tráfico son polifuncionales y se reconvierten. No es verdad que se vayan a ver debilitadas. Y la violencia no va a disminuir por la elemental razón de que el cannabis no está asociado a la violencia.

Ahora bien, si regulando no vamos a disminuir el consumo, no vamos a combatir el narcotráfico y no vamos a disminuir la violencia, ¿para qué regulamos? Para prote-

ger el derecho de las personas en su decisión de consumir. Esto hay que decirlo de manera contundente, no regulamos para combatir a nadie, regulamos para proteger derechos. Para que quien ha hecho libremente la opción de consumir, primero sepa lo que está consumiendo, y para que además no se vea obligado a vincularse con organizaciones criminales para acceder al cannabis. Porque la vinculación con el mundo narco es mala per se, no por el consumo, sino por el entorno social. ¿Quiénes son tus contactos? ¿Quiénes tienen que ser tus amigos? ¿Quiénes tienen tu número de teléfono? Etcétera.

Y en esta perspectiva, desde este punto de vista, lo importante no es qué pasa con los narcos, sino qué pasa con los ciudadanos. Y nosotros tenemos el deber de trabajar para proteger el derecho de las personas en su decisión libérrima, el derecho a usar drogas.

> Regulando no vamos a disminuir el consumo, no vamos a combatir el narcotráfico y no vamos a disminuir la violencia, ¿para qué regulamos? Para proteger el derecho de las personas en su decisión de consumir.

Casi diariamente tenemos noticias de una persona herida o muerta, o detenida en un procedimiento en una boca de venta clandestina. Jamás tuvimos esa noticia con los miles de ciudadanos que concurren a comprar cannabis en el mercado regulado. ¿Eso nos parece poco avance en términos civilizatorios?

Pasaron diez años de la aprobación de la Ley 19.172 y me animo a afirmar muy esquemáticamente por lo menos tres cosas que me parecen muy importantes. La primera, cuando el Parlamento votaba aquel proyecto no sólo decidía dar un paso trascendente en el sentido de la regulación, sino que estaba decidiendo acerca de un modelo de regulación, un modelo de regulación que hoy se encuentra cuestionado desde varios lugares y cuya modificación no es sencilla, porque no escribimos sobre una página en blanco, sino que transitamos un proceso que tuvo muchos aciertos y unos cuantos errores, pero que generó algunas inercias que no son fácilmente modificables.

Entre otras cosas, este proceso generó que haya actores en escena con intereses encontrados, con compromisos contractuales, con algunas rigideces que restringen nuestra capacidad de maniobra. Segundo, estamos demasiado quietos, frenados por condicionamientos de todo tipo y no solamente de orden político.

El mundo ha avanzado indiscutiblemente en un sentido que a mí me parece adecuado en relación con una mirada distinta que nos sigue alejando del oscurantismo en relación con esta planta, sobre todo en términos de investigación, de conocimiento, de aportar luz. Otros países han sido capaces de ser flexibles y han adecuado el funciona-

miento de sus aparatos técnicos y burocráticos para ponerlos al servicio de las soluciones. El mundo ha avanzado y nosotros no hemos avanzado tanto.

Y asumo autocríticamente la parte que me corresponde en este enquilosamiento, hay componentes que tienen que ver con decisiones políticas y que necesitan de liderazgos con poder político que las encarnen. Pero hay cuestiones que trascienden al mero mundo de la política. Hay debates donde juegan otros intereses, intereses económicos, intereses empresariales y perspectivas académicas divergentes.

También les anticipo que tenemos algunas ideas alternativas y que vamos a tratar de que se constituyan en propuestas de modificaciones normativas antes de terminar este periodo, que ya podría ponernos en condiciones de corregir algunos rumbos. Y tercero, paralelamente y como contrapartida de lo que recién decíamos, estos años en los que me ha tocado estar al frente de esta responsabilidad, luego de un cambio de signo de gobierno, demuestran que más allá de las dificultades o de los errores que podamos haber cometido, y más allá de las correlaciones de fuerzas circunstanciales, el camino de la regulación, hasta donde somos capaces de ver, no tiene marcha atrás.

Y cuando miramos los entusiasmos circunstanciales, los ímpetus discursivos y las marchas y contramarchas en otros países de la región, esto es un diferencial del Uruguay. No depende ya de un solo gobierno. Aquí el camino de la regulación es irreversible. Somos la generación de la transición, los herederos de un siglo de prohibicionismo que prohijó el desconocimiento, los prejuicios, el estigma, que retrasó los avances en términos, por ejemplo, de investigación y que generó múltiples barreras.

Nos encontramos en un momento histórico de evolución y de cambio a nivel global. Tenemos una enorme responsabilidad, tenemos muchas asignaturas pendientes sobre las que hay que seguir trabajando, sin pequeñeces. Tenemos el deber de seguir clarificando objetivos y estrategias que orienten nuestro derrotero futuro, pero la regulación no se revierte. Gracias.

Mesa 1

Estado de las políticas de regulación del cannabis a nivel internacional y nacional: avances y desafíos.

URUGUAY

Dra. Rosario Queirolo

DOCTORA EN CIENCIA POLÍTICA POR LA UNIVERSITY OF PITTSBURGH.
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY

Es un gusto poder moderar esta primera mesa. Vamos a tener cuatro presentaciones. Voy a ir presentando a cada uno de los expositores, luego tendremos un espacio para preguntas. En caso de que haya alguna duda, también habilitamos a que puedan interrumpir, pero preferimos las preguntas hacia el final de todas las presentaciones.
Alfredo Pascual, CFA. Se desempeña como Director Ejecutivo en Seed Innovations (LON:SEED), una empresa de inversión especializada en la industria del cannabis medicinal que cotiza en el Alternative Investment Market de la Bolsa de Londres. Desde finales de 2016, ha consolidado su posición como una autoridad reconocida en la industria del cannabis, destacando por su capacidad para identificar oportunidades y ofrecer análisis de mercado. Antes de unirse a SEED, ocupó el cargo de Analista Internacional en Marijuana Business Daily (MJBizDaily), una respetada fuente de noticias e información sobre negocios de cannabis con sede en Estados Unidos. Además, es Licenciado en Dirección de Empresas por la Universidad Católica del Uruguay y posee un Máster en Políticas Públicas de la Universidad de Passau en Alemania.

URUGUAY

CFA Alfredo Pascual

SE DESEMPEÑA COMO DIRECTOR EJECUTIVO EN SEED INNOVATIONS (LON:SEED). DESDE FINALES DE 2016, HA CONSOLIDADO SU POSICIÓN COMO UNA AUTORIDAD RECONOCIDA EN LA INDUSTRIA DEL CANNABIS. OCUPÓ EL CARGO DE ANALISTA INTERNACIONAL EN MARIJUANA BUSINESS DAILY (MJBIZDAILY). ES LICENCIADO EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY Y POSEE UN MÁSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA UNIVERSIDAD DE PASSAU EN ALEMANIA.

Primero que nada, agradezco a las autoridades encargadas por la organización de este evento por haberme invitado, sobre todo al doctor Daniel Radío, ¡qué inspiradoras sus palabras anteriores! Creo que deben ser escuchados por reguladores del mundo entero cuando se plantean legalizar el cannabis, porque hay varias lecciones muy importantes en lo que dijo.

La idea en estos momentos es hacer un breve o rápido recorrido por el mundo de los principales mercados de cannabis a nivel global. Una parte del nombre del foro dice «avances y desafíos». Me voy a enfocar en los avances en otros países para dar un panorama general. La idea es hablar sobre Estados Unidos, Canadá, Alemania, y no creo que dé el tiempo, pero posiblemente si da el tiempo también de Israel y de Australia.

Empezando con Estados Unidos, creo que está claro para todos aquí que son los estados quienes han venido impulsando la legalización en Estados Unidos. A nivel federal sigue estando prohibido tanto el cannabis de uso adulto como medicinal. Ya son 24 estados los que legalizaron el uso adulto. Mientras preparaba estas palabras eran 23, pero ayer legalizó Ohio. Así que ahora son 24. No todos han comenzado las ventas, pero la mayoría sí lo han hecho. Además de estos 24, hay 38 que legalizaron el uso medicinal. Por supuesto muchos legalizaron tanto la parte medicinal como de uso adulto.

En Estados Unidos, considerando todos los estados donde es legal, las ventas legales el año pasado fueron unos 26.000 millones de dólares aproximadamente. Se espera que este año ese número crezca a al menos 28.000 millones de dólares. Por lo general el crecimiento en las ventas se ha venido dando más que nada por estados que tenían un programa de uso medicinal solamente, y que luego cambiaron a uso medicinal y de uso adulto. Y cuando esto sucede, generalmente las ventas en esos estados se disparan al doble o triple dependiendo de cada jurisdicción.

Hablando de las ventas totales, incluyendo la parte legal e ilegal, por supuesto esto es más complicado de estimar, pero una estimación razonable es que son 100.000 millones de dólares las ventas totales de cannabis en Estados Unidos, lo que implica que todavía hay mucho espacio para el crecimiento del mercado legal en Estados Unidos. A medida que más estados continúan legalizando y que en los estados donde es legal más personas continúan pasándose del mercado ilícito al legal.

Para las empresas relacionadas con cannabis o para la industria en general en Estados Unidos, además del crecimiento de la industria y de la posible consolidación (porque en Estados Unidos el mercado está bastante fragmentado justamente por ser estado por estado, separado por cada estado), los principales temas del momento son ciertos cambios regulatorios que le podrían dar un empuje importante al sector.

Para las empresas relacionadas con cannabis o para la industria en general en Estados Unidos, además del crecimiento de la industria y de la posible consolidación (...), los principales temas del momento son ciertos cambios regulatorios que le podrían dar un empuje importante al sector.

Voy a hablar solamente de dos de ellos, que son quizás los más importantes al momento: uno es la reclasificación. Creo que en español diríamos, reprogramación, pues el gobierno de Biden tiene la intención de pasar el cannabis de la actual Lista 1 de estupefacientes a probablemente la Lista 3. Esto tendría implicaciones importantes en el mercado, pues sobre todo reduciría excesivamente la tasa impositiva efectiva que hoy pagan las empresas que trabajan con cannabis en Estados Unidos. Se estima que podrían ahorrar en impuestos unos 100 millones de dólares al año, lo cual es bastante importante. Esta sería una de las implicaciones más grandes.

Pero por supuesto, no solamente eso. Al pasarlo de Lista 1 a la Lista 3, también eso facilitaría muchísimo la investigación científica con fines medicinales, entre otras tantas cosas. Es aún incierto cuándo va a finalizar este proceso de revisión del cannabis y de reclasificación. Pero bueno, por ahora va bastante bien.

Otro tema importante en Estados Unidos en este momento, y que quizás tiene más implicaciones directas para Uruguay incluso, es la reforma bancaria que podría afectar al cannabis. El llamado 'safer banking act' (antes se llamaba 'safe' ahora le agregaron la r) es un proyecto de ley que en diferentes versiones ya hace muchos años que se viene intentando aprobar en Estados Unidos con varias dificultades. En el pasado, varias ve-

ces se aprobó en la Cámara de Representantes y luego no se aprobó en el Senado. Ahora la situación parece ser un poco al revés, porque se aprobó en la comisión de Banca del Senado hace no mucho, holgadamente. Se espera que se pueda aprobar en el pleno del Senado aún este año, y luego debería pasar a la Cámara de Representantes, donde la situación es más difícil de estimar qué va a suceder. Pero bueno, si sucediera, y hay expectativa de que sí pudiera ser aprobado, esto sería genial para la industria tanto en Estados Unidos como a nivel global, pues muy simplificadamente esto significaría que bancos o instituciones financieras con Carta Federal podrían empezar a brindarles servicios a las empresas que operan en la industria del cannabis, lo cual obviamente sería muy significativo para Estados Unidos y para las empresas que operan allí para atraer inversores institucionales y para, obviamente, que sus operaciones puedan ser más normales con instituciones financieras.

Pero también a nivel global, como mencionaba en el caso de Uruguay, el problema de los bancos es más que conocido y quizás mediante este cambio en Estados Unidos eso pase a ser cosa del pasado.

Pasando a Canadá, en Canadá las ventas se están acercando en este momento a los 6.000 millones de dólares canadienses (en dólares estadounidenses son unos 4,3 millones). De eso curiosamente, o un dato importante quizás, es que de los 4,3 millones más o menos el 90 %, es decir 4 millones de dólares estadounidenses, son ventas de uso adulto. El mercado medicinal es comparativamente chico. Solamente unos 300/400 millones de dólares y disminuyendo. Desde que empezaron las ventas de uso adulto en Canadá, el mercado medicinal ha venido en declive.

En Canadá comenzaron las ventas hace casi exactamente 5 años, el 20 de octubre del 2018. El mercado continúa creciendo; hay unas 3600 tiendas abiertas y más de 900 cultivadores y procesadores con licencia, lo cual indica que es un mercado con bastantes jugadores, digamos.

Los precios al por menor son bastante bajos comparativamente hablando; se encuentran al nivel de los estados de Estados Unidos con precios más bajos como, por ejemplo, Colorado, Washington u Oregon.

En Canadá algo particular es que hay un sistema de tres niveles entre productores mayoristas y minoristas y no se permite la integración vertical en el caso del cannabis para uso adulto (al menos en la mayoría de las provincias). Además, en la mayoría de las provincias el gobierno es propietario de los mayoristas monopólicos. En el caso de la provincia de Quebec, incluso, controla las tiendas minoristas.

Estas restricciones además de otras restricciones (incluyendo en tema de publicidad, impuesto mínimo de un dólar canadiense por gramo y otros temas) hacen que sea bastante difícil operar en la industria en Canadá y que la gran mayoría de las empresas aún no puedan generar un flujo de caja positiva.

Pero hay ciertas excepciones, sobre todas las empresas más bien chicas que han logrado adaptarse a la realidad y crecer en el mercado exitosamente.

En cuanto a posibilidad de cambios regulatorios positivos o cambios regulatorios importantes, en general en cuanto a la industria del cannabis en Canadá, a diferencia de Estados Unidos, donde hay grandes expectativas, en Canadá no se vislumbra nada muy importante en el corto o mediano plazo.

Quizás también es importante mencionar que a diferencia de Estados Unidos donde al ser los mercados separados por estado y no haber comercio interestatal el mercado es bastante fragmentado en Estados Unidos, en Canadá los cinco principales productores con licencia tienen alrededor del 40 % del mercado. Eso es algo bastante diferente a Estados Unidos y han venido creciendo tanto de forma orgánica como sobre todo por fusiones y adquisiciones.

En general existen más impuestos y restricciones en Canadá en comparación con varios estados de Estados Unidos y quizás un dato curioso es que el consumo per cápita por año en Canadá se estima más o menos en unos 100 USD estadounidenses, que es relativamente bajo comparado con Estados Unidos, donde el consumo cápita por año por persona está entre 200 y 300 por año.

Quizás sea interesante si alguien me ayuda con el cálculo para compararlo con Uruguay, donde es bastante menor que Canadá. No sé cuánto se estima que se va a vender este año en Uruguay en dólares estadounidenses, pero suponiendo que fuera de 32 millones sería 1USD per cápita, básicamente mucho menos que los 100 de Canadá.

> En cuanto a posibilidad de cambios regulatorios positivos o cambios regulatorios importantes, en general en cuanto a la industria del cannabis en Canadá, a diferencia de Estados Unidos, donde hay grandes expectativas, en Canadá no se vislumbra nada muy importante en el corto o mediano plazo.

En cuanto a exportaciones, quizás merece la pena mencionar que continúan creciendo las exportaciones de Canadá. Hace unos años muchos pensaban que Canadá iba a ser sustituido como principal exportador de cannabis medicinal del mundo. Esto no ha sucedido. Sigue creciendo y sigue siendo el principal exportador tanto para Alemania, Israel y otros países.

Pasando a Alemania, en Alemania hay dos grandes temas en el momento. Uno es el mercado medicinal relevante para Uruguay, porque Uruguay ha sido uno de los países que ha exportado a Alemania. Y, sobre todo, el tema del momento es lo que se espera que cambie en el corto plazo con respecto al cannabis de uso adulto.

Para un poco de contexto, el mercado medicinal en Alemania se puede separar en dos: una parte que está cubierta por el sistema de salud pública (es decir, el paciente prácticamente no paga nada por el por el medicamento) y la otra parte del mercado de medicamentos son pacientes que obtienen su prescripción, pero pagan de su bolsillo por los productos.

En cuanto a la parte cubierta por el sistema de salud pública, los datos ahí son bastante fáciles de acceder y precisos. El mercado no está creciendo, son unos 150 millones de euros por año que el sistema de salud pública paga por medicamentos de cannabis en Alemania. Si a eso si le sumamos el reembolso de productos como Sativex y Epidiolex, es decir medicamentos ya finalizados, llegamos a unos 200 millones de euros por año que paga el sistema de salud pública.

En cuanto a la parte privada, como decía es más difícil de estimar. Con 'privado' me refiero a pacientes pagando de su bolsillo, pero se estima que puede ser tan o más grande que la parte reembolsada por el sistema de salud pública, con lo cual estaríamos hablando de un mercado total medicinal en Alemania de unos 300 o 400 millones de euros al año.

Y la parte que viene creciendo, como mencioné antes, no es la que pagan las aseguradoras públicas sino más bien los pacientes que pagan de su bolsillo. El porqué de esta situación es que es bastante difícil conseguir que las aseguradoras públicas se hagan cargo del costo del cannabis medicinal; solamente lo consiguen pacientes que están muy gravemente enfermos, que probaron todo tipo de tratamientos y que además consiguieron un médico dispuesto a hacer todo el trámite para que el cannabis sea reembolsado. Mientras que conseguir una receta pagando el cannabis por tu cuenta es bastante más fácil.

Existe algo de producción en Alemania, pero la mayor parte del mercado depende de importaciones. El año pasado se importaron casi 25 toneladas y este año, en lo que va del año hasta septiembre, también se importaron casi 25 toneladas, con lo cual contando todo el año va a ser bastante más que el año pasado.

Como mencionaba antes Canadá es el principal exportador del mundo de cannabis medicinal, al menos sin contar lo que es Sativex y en el caso de Alemania casi la mitad de las importaciones vienen de Canadá. Después le siguen de bastante lejos Portugal, Dinamarca, los Países Bajos y Australia.

Otros países que exportan de manera significativa a Alemania incluyen España, Lesoto, Macedonia. Uruguay también está entre los países que ha exportado directamente a Alemania, pero lamentablemente en los últimos años ha disminuido el volumen de exportaciones de Uruguay a Alemania al menos pasando directamente a la parte de uso adulto, que quizás es la que es bastante interesante en cuanto a los paralelismos con Uruguay.

La coalición de gobierno en Alemania hace aproximadamente dos años se propuso legalizar el cannabis con un modelo más o menos similar al de Canadá, es decir con tien-

das que vendieran cannabis de uso adulto. Pasó un año hasta que el gobierno por parte del Poder Ejecutivo presentó un primer concepto de cómo sería esa legalización, bastante resumido.

Con eso Alemania se fue básicamente a un proceso de consulta informal y confidencial con la Unión Europea, en particular con la comisión Europea, y eso duró más o menos de entre octubre del 2022 a abril del 2023. En abril del 2023, básicamente el Ministerio de Salud Pública, el Poder Ejecutivo de Alemania, volvió con un proyecto bastante diluido con respecto al anterior. Qué exactamente fue la respuesta de la Unión Europea no se sabe, porque no fue un proceso formal, no hay ningún documento público que indique qué fue lo que la Unión Europea le respondió a Alemania. Pero, bueno, se entiende que es por dificultades en cuanto a derecho internacional que Alemania tuvo que diluir bastante los planos originales. Y el plan actual ahora, el que está sobre la mesa, es legalizar parcialmente dos fases: primero el autocultivo, los clubes en una primera instancia. Es el proyecto de ley que ya está siendo debatido en este momento en el parlamento. Y en una segunda fase, se legalizarían proyectos piloto que serán proyectos limitados en tiempo, en ubicación geográfica, en cantidad de personas participantes, para obtener información científica académica sobre cómo funcionarían esos mercados. Pero en concreto lo que tiene más posibilidades de ser aprobado ahora es la primera fase.

> Canadá es el principal exportador del mundo de cannabis medicinal, al menos sin contar lo que es Sativex y en el caso de Alemania casi la mitad de las importaciones vienen de Canadá. Después le siguen de bastante lejos Portugal, Dinamarca, los Países Bajos y Australia.

Como decía, es el modelo no comercial y que quizás en cuanto a implicaciones para Uruguay algo importante que tendría, además de permitir el autocultivo y los clubes no comerciales, es que de acuerdo a como está escrita la ley en este momento se sacaría el cannabis completamente de la lista de narcóticos en Alemania. Es decir, comparando con Uruguay, dejaría de ser una receta especial. No sé si es verde o amarilla acá la que se usa para recetar morfina, por ejemplo. En Alemania hoy es la misma receta que se usa para morfina la que se usa para el cannabis. Si la ley se aprueba como está escrita pasaría a ser una receta común. Lo cual evidentemente simplificaría muchísimo el proceso.

Gracias por la invitación.

URUGUAY

Lic. Julio Calzada

EDUCADOR POPULAR, SOCIÓLOGO, ESPECIALIZADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL CAMPO DE LAS DROGAS. EX SECRETARIO GENERAL DE LA JND.

Gracias por la invitación, particularmente a Daniel, a la Junta en general.
Faltó decir ahí que soy jubilado, entonces estoy fuera de entrenamiento para estas cosas.
Yo voy a hacer una reflexión un poco intentando dar cuenta del objetivo de este foro.
Lo primero que me parece fantástico que después de diez años, con muchas de las personas que hoy incluso están acá, esta política se mantiene y que se mantienen espacios de reflexión, de análisis, de lo que está sucediendo hoy y de lo que ha venido sucediendo en los últimos años.
Quiero hacer una reflexión más desde la perspectiva de lo político, no tanto de otros aspectos, que son totalmente válidos y necesarios. Pero me parece que antes que nada la cuestión de las drogas es esencialmente un tema político, antes que cualquier otra cosa. Y por lo tanto, las soluciones que a la cuestión, que a los problemas, que a los temas se tiene que plantear deben ser necesariamente de carácter político, antes que las eventuales soluciones técnicas, comerciales o industriales que eventualmente pueda haber.
Entonces voy a proponer esa mirada desde lo político y yendo de lo general a lo particular. Es decir, me parece que cualquier reflexión sobre la marihuana se tiene que hacer en el marco de unas políticas que ya tienen más de un siglo de implementación en el mundo y que si no se hace esa reflexión es difícil que se llegue a puntos de vista, a cuestiones que tengan contacto con la realidad.
Acá de alguna manera Daniel ya planteó en cierta forma algunos aspectos. En otros no. Pero lo primero que me parece importante es que todos los indicadores que dan cuenta de la cuestión de las drogas no dejan de crecer negativamente año tras año desde el inicio mismo de la política prohibicionista allá por 1908/1912, cuando se empieza con

la cuestión del opio y se empieza a montar lo que es el prohibicionismo con un conjunto de prohibiciones.

El uso de drogas hasta fines del siglo XX incluso, antes mucho más también, el uso de drogas era de carácter ritual y cultural básicamente. Devino en usos recreativos a partir de este siglo y de la mano de ello aparecieron los usos problemáticos. Y estos indicadores no han dejado de crecer de manera significativa en estos últimos 100 años. Todos indicadores que están asociados al desarrollo de una política, por lo tanto lo primero es hacer un análisis de esa política y del conjunto de políticas que han dado lugar a que esto suceda como sucede. Los problemas de salud pública, de convivencia y seguridad, tanto en lo local, en lo nacional, como en lo regional y en lo global también, son infinitamente mayores que hace 115 años cuando se inició con esta política a partir del fin de las guerras del opio. Y han sido exponencialmente superiores en los últimos sesenta años, cuando se firman las Convenciones, justamente la de 61 la de 71, y de hace 50 años cuando Nixon le declara la guerra a las drogas. Ahí empieza a haber un cambio en lo que son todos los indicadores que se agravan exponencialmente.

Acá me parece que a veces se es reduccionista con algunas de estas cosas y yo me preguntaría si toda esta problemática es producto de esta política. Y yo pienso que no solo. Sin duda lo que llamamos hoy el prohibicionismo ha tenido un papel determinante en esto, pero los cambios que se han producido a lo largo del siglo XX, y en los últimos años de este siglo, han sido tantos en la historia de la humanidad y nosotros nos seguimos manejando con algunas premisas y paradigmas que son propios del periodo anterior a la Primera Guerra Mundial.

El auge del prohibicionismo surge con dos aspectos, que me parecen que son importantes porque nos marcan hasta hoy, que es el declive del imperio inglés y la emergencia del imperio norteamericano. Con el declive del imperio inglés la producción estatal inglesa del opio cambia y se pasan a otro tipo de producciones y emergen otros actores. Si no tenemos en cuenta esto y si no tenemos en cuenta la cultura del siglo XX, que es una cultura básicamente de consumo, cuando la cultura del siglo XIX era una cultura más asociada a usos y no solamente en los temas de las drogas. El automóvil en el siglo XIX no existía, pero los medios de transporte eran básicamente usos «para» y no tenían un fin en sí mismo como tiene, por ejemplo, el automóvil en el siglo XXI.

Con las drogas pasan cosas que no necesariamente son diferentes. Entonces cambia. El uso del automóvil hoy tiene un carácter muy lúdico, muy de estatus. El uso de drogas también tiene caracteres lúdicos y carácter de estatus. Una cosa es el estatus de consumir cocaína en la ciudad y otra cosa es el estatus de consumir pasta base en las calles de la ciudad. Entonces si en el análisis que hagamos no tenemos en cuenta todo este tipo de cuestiones, seguramente las conclusiones a las que lleguemos van a ser conclusiones muy sesgadas.

Entonces el montaje de esta política prohibicionista que fue a contramano de los cambios culturales que se dieron en la sociedad y en la civilización del siglo XX, llevó cin-

cuenta años en montarse: de 1908 a 1961. Y seguramente el desmontaje de esta política llevará más de cien años. No va a ser nada fácil desmontar eso. ¿Y por qué? Básicamente porque como producto de esta política han surgido un conjunto de intereses económicos, industriales, empresariales, políticos, militares, geopolíticos con inmensos intereses. Simplemente pensar en la cantidad de agencias que hay en Estados Unidos para controlar las drogas, hay varios estudios sobre esto, y agencias que hay en todos los países para controlar las drogas y los fondos que eso implica, desmontar eso es una cuestión que no es fácil hacerla de un día para el otro y decir «esto hoy se va a tratar de otra manera».

Yo creo que en lo que estamos hoy acá es para pensar en la política del cannabis. Tenemos que pensarla como eso, como el inicio de un proceso, como parte del inicio de un proceso, porque tampoco fuimos los únicos. La emergencia de esta política se dio en un marco de grandes discusiones entre 2008 y 2015, donde estuvo la Comisión Americana sobre Política de Drogas y Democracia, la Comisión Global Sobre Política de Drogas, el informe Insulsa que marcó todo un momento de análisis de esta político. Entonces en esa ola este nos subimos nosotros de alguna manera, en un país donde veníamos desde principio de este siglo con una sociedad civil organizada bastante pujante en relación con los temas, todo lo que fueron las organizaciones cannábicas que impulsaron básicamente el autocultivo, pero las diferentes formas de legalización.

> El uso de drogas hasta fines del siglo XX incluso, antes mucho más también, era de carácter ritual y cultural básicamente. Devino en usos recreativos a partir de este siglo y de la mano de ello aparecieron los usos problemáticos. Y estos indicadores no han dejado de crecer de manera significativa en estos últimos 100 años.

Y también en el parlamento en el 2010 había un consenso político, Daniel formó parte de ese consenso, en el cual los cuatro partidos con representación parlamentaria tenían iniciativas vinculadas a cambiarle el estatus a la marihuana. Entonces eso demuestra un espíritu de época, digamos. Había un proyecto del actual presidente de la República desde nuestro punto de vista muy conservador y muy punitivo, y había otro proyecto que fue el que propusieron Radío, Sabini y Amado que era un proyecto de corte más liberal. Y ese fue el proyecto que se tomó como base para la redacción de la ley que finalmente se aprueba. Porque más allá de la iniciativa que tuvimos en aquel momento

del Poder Ejecutivo, la base de lo que después se termina por aprobar, con la participación del abogado Silva Forné, en aquel momento, que fue el que le dio la redacción más legislativa. Fue lo que se permitió.
Entonces en ese marco se aprueba un proyecto de ley (yo creo que hoy hay quienes han estudiado bastante más esto, por suerte) que sigue siendo la mejor ley que existe en desde el punto de vista comparado y la peor aplicada, seguramente, o la peor reglamentada de todas las que existen hoy en actividad.
Pero me voy a referir a algunas cosas que ya las dijo Daniel.
Pasaron tres gobiernos de diferentes signos políticos y de sensibilidades que no cambiaron el rumbo general de la política. Porque Daniel dijo que hay un cambio de signo y la política se mantiene y hay también, ha habido, un cambio de sensibilidades en relación con esto, porque esto no es solamente el eje izquierda derecha, sino hay otros ejes que tienen que ver con posiciones más liberales progresistas y posiciones más conservadoras, y todo un aparato del Estado muy reactivo a la introducción de cambios. Que es otro aspecto que no podemos soslayar si queremos hacer un análisis.
Y no siempre es fácil torcerle el brazo de los aparatos burocráticos. Quienes hemos estado en la gestión, en diferentes aspectos de la gestión lo conocemos bien. Otro aspecto tiene más que ver con lo que creo que es efectivamente lo que diferencia el uso ritual religioso o médico o de sanación, de los usos que son puramente recreativos en una cultura como la cultura del siglo XX, la cultura del siglo XXI, que son enormemente hedonistas y enormemente basadas en el disfrute del ocio y del tiempo libre.
Pasamos de un mercado totalmente controlado por las organizaciones criminales que dio paso a un porcentaje muy importante de un mercado con control social y con control estatal, porque el control del mercado criminal, aunque tengamos zonas grises o zonas azules o como le queramos llamar, dejó de lado la participación de lo que son las organizaciones criminales, que eran las que se encargaban directamente de la introducción y de traer la marihuana de Paraguay para acá. Eso es un aspecto que me parece que es muy relevante.
Otro aspecto tiene que ver con la violencia. Siempre se analiza la violencia de la gente que muere producto del tráfico ilegal, pero pocas veces está arriba de la mesa la violencia que sufren las personas que usan drogas, de tener que recurrir a los mercados ilegales para proveerse de las drogas. Acá está Raquel que tiene historias desde hace décadas, no porque tengamos muchos años, sino porque hace mucho que estamos trabajando, de madres que para que sus hijos no se vieran expuestos a las situaciones de violencia que implicaba ir a comprar drogas, le iban a comprar drogas a sus hijos. Y hablamos de drogas en general, pero por lo general era la marihuana. Porque eso no hace mucho tiempo era así. Hace un poco más de diez años era así en el país. Y esa violencia es una violencia que no está explicitada, que no está suficientemente estudiada. Hoy podemos decir que quizás haya más de 60 o 70.000 personas que hoy no sufren esa violencia que sufrían quienes se tenían que vincular con los mercados criminales para

obtener una sustancia que de todas formas la iban a obtener. En el 2023 creo que existe una masa crítica a nivel académico, institucional, empresarial y político que es importante destacar con la que no contábamos en el 2013. A los primeros sectores que convocamos en el 2012 para hablar de estas cosas algunos venían - los que estaban más en este tema - pero los que no estaban en el en el tema, que venían de pronto del mundo agropecuario, por ejemplo, no querían que sus nombres aparecieran como profesionales, ni siquiera como invitados. Porque era un estigma. Hoy, con el tiempo, podemos ver a muchos profesionales, ingenieros agrícolas, economistas, administradores que no querrían que su nombre estuviera vinculado al tema de la marihuana o de las drogas en general. Porque en aquel momento la marihuana era una droga; hoy ya no es tanto una droga. Y eso me parece que es un aspecto importante a destacar de este proceso de diez años. Existe también una masa crítica que nos permite avanzar en el diseño de una política centrada en las personas y no en la sustancia, y que profundiza la perspectiva de los Derechos Humanos con un enfoque de salud pública, no solo para la marihuana, sino también para otras drogas, con las características y particularidades que otras drogas tengan, y con los riesgos que otras drogas tengan. Pero eso hoy es una base que tenemos en la sociedad y que hay suficientes actores que pueden dar cuenta de ello.

> Con el tiempo, podemos ver a muchos profesionales, ingenieros agrícolas, economistas, administradores que no querrían que su nombre estuviera vinculado al tema de la marihuana o de las drogas en general. Porque en aquel momento la marihuana era una droga; hoy ya no es tanto una droga.

Para cerrar y para volver al principio: si hoy sacáramos a la marihuana directamente de las listas (que hay posibilidades, pero realmente el sistema institucional, la burocracia estatal ha sido muy resistente a que cambiemos la marihuana de lista), seguramente los aspectos regulatorios del cannabis podría estar en el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca como están los elementos regulatorios de las vides o de los sauces. El Ministerio de Salud Pública puede regular por ejemplo el uso de analgésicos a partir de los sauces, pero a nadie se le ocurrirá poner a los sauces en una lista de Naciones Unidas porque generan analgésicos. Entonces yo creo que estas cuestiones tendrían que estar en el campo de los desafíos: cuándo en Uruguay sea posible por lo menos cambiar la marihuana de las listas donde están

ahora y ponerlas en un lugar que cambie un poco con la lógica con la cual abordamos este tema, y donde muchos aspectos, como pueden ser los aspectos industriales, los aspectos que no tienen estrictamente que ver con la salud, poder hacer una reglamentación donde los usos, por ejemplo, de la plantación del cáñamo o de marihuana con menos de 1% de THC no necesariamente tengan que estar regulados por el Ministerio de Salud Pública.

Hoy sabemos que hay algo de esto pero que esto puede ser mucho mayor aún. Y eso permitiría que esa ley de avanzada que tenemos regulatoriamente se adapte más a la realidad.

Solamente pensar que en Argentina, que tienen tres años de regulación, hoy hay toda una industria vinculada, por ejemplo, a usos ni siquiera terapéuticos. Vas a un supermercado del sur de Argentina y al lado de Nivea podés encontrar una crema de cannabis para que te deje las manos más limpias. Entonces, ¿por qué en el Uruguay no hemos podido hacer esto? Seguramente es todo un campo de análisis para poder discutir desafíos.

Para cerrar, volviendo al principio de lo que planteé, y jugando un poco con esa frase de Carl Von Clausewitz de que «la guerra es la continuación de la política por otros medios», podemos decir también a nivel global y nivel particular que la política es por lo tanto y necesariamente la continuación de la guerra por otros medios, y por lo tanto de esa guerra en la que estamos desde hace cincuenta años solo sería posible salir mediante la política. Muchas gracias.

URUGUAY

Dr. Martín Fernández Chiossoni

ABOGADO. ASISTENTE E INVESTIGADOR EN DERECHO PENAL. FDER-UDELAR. DIPLOMADO EN POLÍTICAS DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS ESPACIO INTERDISCIPLINARIO UDELAR

Quiero agradecer la oportunidad de estar hoy aquí. Estoy muy entusiasmado con las oportunidades de aprendizaje que va a haber en este foro, el intercambio y la contribución a la generación de conocimiento me parece que es central.

Voy a hacer básicamente dos puntos. Uno que tiene que ver, y por deformación profesional, con un poco de análisis desde el punto de vista político criminal en la situación en la que nos encontramos y luego cuáles han sido los avances en términos de política pública y plantear algunas cuestiones para pensar en términos de desafíos.

Lo primero que quiero destacar es que nos encontramos aún, a diez años de la ley de regulación del mercado de cannabis, con un escenario de una política criminal que tiene rasgos autoritarios en el tema de las drogas. Me parece que en esto es importante seguir insistiendo porque, digamos, si hoy el secretario Radío dijo que estamos quietos, si nos quedamos en que hemos podido regular de alguna manera el acceso integral al tema de cannabis y ahí la respuesta penal ha disminuido, creo que no profundizaremos una verdadera política de drogas con enfoque de derechos, que es lo que se quiere impulsar. Entonces, en términos de actualidad, la única respuesta que hay desde el punto de vista de política criminal a eventos o hechos que tengan que ver con drogas es en la legislación actual, tanto sustantiva (es decir, derecho penal) como en la regulación procesal, es la privación de libertad. Entonces si tenemos que la única respuesta que da el Estado a estas situaciones vinculadas a delitos es la privación de libertad, no estamos dentro del paradigma que se quiso imponer a partir de la Ley 19.172.

Creo que proclamamos, con buenos motivos para hacerlo, que la guerra contra las drogas ha fracasado. Pero muchas veces seguimos utilizando las mismas herramientas que el prohibicionismo y la guerra contra las drogas han utilizado, es decir, el recurso a la privación de libertad, el recurso a la criminalización.

En el derecho procesal penal, por ejemplo, al establecer que el Ministerio Público en nuestra organización de Justicia tiene que sí o sí pedir la privación de libertad como prisión preventiva en los juicios vinculados a drogas, está generando una idea de adelantamiento de la condena de las personas y está generando un desequilibrio en un sistema acusatorio que tiene que tender a la igualdad de partes. Y esta es una reforma introducida no por este gobierno, sino por el gobierno anterior. Me parece relevante traer esto a cuento para darnos cuenta de que en realidad hay un proceso de involución legislativa a partir de la Ley 19.172 que continúa con la utilización del derecho penal y del derecho procesal penal para abordar el tema de las drogas, pese a la regulación del cannabis.

> Lo primero que quiero destacar es que nos encontramos aún, a diez años de la ley de regulación del mercado de cannabis, con un escenario de una política criminal que tiene rasgos autoritarios en el tema de las drogas.

Como punto culminante de este proceso de involución, podemos decir de involución autoritaria, tenemos la reforma de la Ley de Urgente Consideración, con la elevación a 4 años de mínimo para personas que ingresan o pretenden ingresar drogas al sistema penitenciario. Más allá de las reflexiones que podríamos tener de cuál es la idea de castigo que tenemos cuando estamos criminalizando a una persona, generalmente en condiciones de vulnerabilidad (porque no vamos a creer que el Comcar de 3.000 personas se abastece del microgoteo de ingreso de los familiares), por supuesto, entonces cuando pensamos en que estamos castigando este tipo de personas que introducen determinadas cantidades (incluso hemos tenido procesos abreviados por ingreso de 11 gramos de cannabis a un establecimiento penitenciario) tenemos que pensar que hay una persona dentro de un establecimiento que en todo caso podría tener un uso lícito o un uso no criminalizado dentro del establecimiento, y sin embargo la persona que se lo entrega está criminalizada.

Entonces esto es como el punto culminante de este proceso de involución y es difícil hablar después de Daniel, porque uno coincide mucho, pero todo este proceso tenemos que desandar para incrementar este agravante que afectó particularmente a las mujeres y ha generado una explosión en el sistema penitenciario con relación a las mujeres. Se discutió tres meses, inmediatamente se dijo que esto era un error legislativo que generaba política diferenciada y discriminatoria con relación a las mujeres y hace dos años que todavía no tenemos la respuesta legislativa arriba de la mesa pronta para descriminalizar estas conductas. Tenemos que reconocer que la política criminal de

las drogas es necesario reconducirla a una mínima expresión y dejarla reservada solo para escenarios de tráfico, y tráfico a gran escala, y pensar en descriminalizar las conductas que tengan que ver con el uso adulto o recreativo, como se quiera llamar, y las transacciones entre personas adultas. Lo que tenemos que empezar a quitar es la pata penal del Estado sobre estos temas, porque en lo único que contribuye es a profundizar la crisis carcelaria, la crisis de corrupción, la crisis en la fuerza de seguridad, la crisis en los sistemas de salud.

Hoy se mencionaba el tema de los costos y la honestidad me obliga a decir que lo tenía aquí para decir cuánto nos cuesta poner a un joven en condiciones de extrema vulnerabilidad, vulnerabilizados de drogas que termina en el sistema penitenciario nacional. ¿Cuánto nos cuesta accionar el sistema de Justicia para poder criminalizar y encerrar a ese joven? Todo ese producido o todo ese gasto en el sistema de justicia podríamos destinarlo perfectamente a atender los usos problemáticos, que es o que deben ser los usos que al Estado le debe preocupar desde un punto de vista de la salud pública. Esos son los usos en los que el Estado tiene que involucrarse y regular.

Si nosotros quisiéramos darles en este momento (en este preciso momento, porque siempre está la tendencia a la internación compulsiva y la cuestión obligatoria) esa intervención ahora a todas las personas que tienen un uso problemático de drogas, el Estado no podría hacerlo, no podría dar abasto con eso, porque no podría generar dispositivos para generar esa intervención. Entonces, lo que tenemos que hacer es cambiar el enfoque criminal y dar oportunidades de salud a personas que tengan un uso problemático y que, en todo caso, eso las vincule al mundo del delito o que tengan un uso problemático que las desvincule de sus familias, de sus núcleos más íntimos, etcétera.

En segundo lugar, lo que quería mencionar es que en términos de política pública hay innegables avances a partir de la Ley 19.172, que nació con una vocación de regulación de mercado, que nació con una vocación de despenalización de ciertas conductas y con ciertas cantidades que se presume de destino lícito, y que además generó institucionalidad para llevar adelante esta política, con todos los problemas que hemos tenido, con todos los problemas de avances y retrocesos. Pero está claro que esa ley nació con esa vocación.

Hoy Julio la mencionaba como una legislación que tiende a generar institucionalidad y a tratar de modificar ciertas prácticas. En ese contexto de modificación legislativa que estamos hace diez años, y como hoy se mencionaba también, quiero destacar que desde el año 2000, Uruguay viene en términos de política pública sosteniendo a referentes en la materia en los cargos de la Secretaría Nacional de Drogas. Y esto no es menor y no es porque esté Daniel o no es porque esté Julio, sino porque hemos tenido desde el 2000 a la fecha (y no quiero nombrar para no olvidarme de ninguno) a personas que están comprometidas con el tema de una política de drogas basada en los Derechos Humanos. Podemos estar más o menos de acuerdo, pero esta centralidad de los Derechos

Humanos en su gestión ha estado desde el 2000 a la fecha y eso, en términos de política pública, me parece que es algo para destacar y que ha generado que lleguemos hasta aquí hoy, teniendo un foro académico sobre cannabis, cuando hace 10 años era bastante impensable que este esto sucediera.

Creo que en términos de política pública también hay que generar mejores condiciones para el acceso a usuarios y usuarias. Hay que eliminar la normativa o hay que reducir la normativa que genera obstáculos al acceso y, por el contrario, hay que profundizar los mecanismos que puedan facilitar. Es decir, si tenemos problemas con este fenómeno que se ha denominado de 'turismo cannábico', etcétera, bueno, pensemos en la manera de eliminar esta restricción que lo que termina generando es que ciertos mercados terminan desviando la atención hacia el turismo, generando también la criminalización subsiguiente. Entonces, mediante la eliminación de esta restricción podemos estar agilizando bastantes cuestiones que quitarían la pata penal del Estado. También hay que pensar o repensar el modelo de los clubes con relación a las cantidades de socios, a la finalidad, etcétera, y volver a pensar cómo sería un modelo ideal. Y ahí la participación, por supuesto, de la sociedad civil tiene que ver no solo con estas posibles reformas, sino también con la implementación de leyes que aún falta implementar y profundizar, por ejemplo, el tema del acceso al cannabis medicinal en estos términos también de avance de política pública.

Hay que pensar o repensar el modelo de los clubes con relación a las cantidades de socios, a la finalidad, etcétera, y volver a pensar cómo sería un modelo ideal.

Me parece que tenemos una Universidad de la República y las universidades privadas, principalmente la Universidad Católica, muy comprometidas con este proceso y comprometidas en el sentido de la producción de conocimiento, en la producción de la investigación, con avances en los temas institucionales y que tienen que ver con generación específica de cursos especiales para trabajar el tema de drogas a nivel de posgrado.

A nivel de posgrado hay una oferta bastante dispersa, pero a nivel de grado, por ejemplo, en la Facultad de Derecho se ha implantado un curso de Derecho Penal y Política Penal de las Drogas (el titular es Diego Silva y tengo la suerte de poder acompañarlo). Porque de la Facultad de Derecho salen los jueces y los fiscales y los defensores, que son los que terminan aplicando estas leyes y terminan interpretando lo que es la tenencia no para consumo y terminan diciendo «usted va privado de libertad» o «no va privado de libertad». Y de la Facultad de Derecho terminan saliendo también muchas personas que terminan asesorando parlamentarios y parlamentarias y le tienen que decir

«mire, la política que usted tiene que desarrollar es una política conforme a los tratados internacionales que nuestro país se ha obligado a promover y a garantizar y conforme a nuestra Constitución». Entonces, vimos como una necesidad muy relevante de que existiera este campo dentro de las unidades optativas de la facultad de Derecho.

En términos de avances y de desafíos, creo que algo que se impone hacer, reitero, es quitar la pata penal de los vínculos entre personas adultas que usan cannabis, que lo quieran utilizar. Estamos hablando de acceso a sustancias que no deberían estar con la amenaza de la privación de libertad. Reitero, todas las intervenciones desde el punto de vista penal que se llevan adelante, ya sea en proceso abreviado, que es lo que básicamente se lleva el 95% de las intervenciones penales, en proceso abreviado o en juicio oral, tienen una respuesta privativa a la libertad. Entonces tenemos que quitar esta situación de la privación de libertad y la intervención punitiva del Estado, para dar lugar a políticas educativas sociales, sanitarias que desde esos puntos específicos aborden el tema de las drogas.

> A diez años de la legislación, a diez años del cuerpo normativo que reguló de manera integral en el acceso al cannabis, tenemos la oportunidad de generar políticas basadas en evidencia.

Hoy se dijo que estábamos ante una oportunidad muy importante y creo que somos hijos del prohibicionismo y tenemos la responsabilidad de llevar adelante una política que esté basada en evidencia. Porque tenemos esta oportunidad, porque si hay algo que el prohibicionismo ha hecho es despreciar la evidencia, despreciar el conocimiento, y legislar en base a cuestiones morales, a cuestiones religiosas, a cuestiones que no respetan la autonomía de las personas. Bueno, nosotros tenemos la oportunidad. Y a diez años de la legislación, a diez años del cuerpo normativo que reguló de manera integral en el acceso al cannabis, tenemos la oportunidad de generar políticas basadas en evidencias. No tenemos que despreciar ningún aporte, tenemos que incorporarlos a todos. Esto no tiene que transformarse tampoco en una asamblea de ver cualquier escenario posible, pero sí respetar los aportes y los conocimientos concretos de cada área del conocimiento y de cada actor relevante para, en definitiva, tomar una acción concreta de política que nos permita avanzar en esta situación, para evitar el quietismo del que se hablaba hoy y profundizar un modelo basado en evidencias, pero que también respete la autonomía de las personas.

La autonomía personal está garantizada en nuestra Constitución, la autonomía personal está garantizada en los tratados internacionales de Derechos Humanos que nues-

tro país se ha obligado a respetar.

Entonces, simplemente para cerrar, creo que tenemos la oportunidad de desarrollar mejoras a la muy buena legislación que tenemos. Creo que tiene que ser en el sentido de eliminar las posibilidades de intervención penal con relación a los usos adultos de personas que quieren utilizar drogas y así lo deciden, y lo deciden libremente. Y a partir de eso tendremos que reconducir las intervenciones a políticas educativas sociales y sanitarias que permitan que esas elecciones sean realmente libres y que puedan ser tomadas con información, con la idea de que se va a evitar que intervengan las fuerzas de seguridad, que intervenga el sistema penal y que intervenga la cárcel.

Me parece que ese es un verdadero desafío que aún tenemos, porque todavía hay personas que pueden verse vinculadas a estos hechos y de alguna manera hay que evitar que eso siga sucediendo. Si profundizamos una línea de trabajo basada en evidencia, creo que el sistema político no va a tener más remedio que aceptar estas situaciones de mejora de legislación, de reglamento, de instituciones y de prácticas. Muchas gracias.

URUGUAY

Lic. Héctor Suárez

SOCIÓLOGO, COORDINADOR DEL OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS, SND.

Hola, buenos días, es un gusto compartir con amigos y con un montón de gente que miro aquí, compañeros que conozco.

Yo voy a ir con muletas, voy a ir con una presentación para apoyarme y voy a hablar justamente de una población que no está contemplada en la regulación, que es la población adolescente, la menor de 18 años, pero que sin embargo al momento de que se agendó el tema de la regulación en Uruguay y se empezó a programar la ley, se empezó a negociar la ley, era uno de los temas más importantes sobre las posibles consecuencias que podría tener una regulación del cannabis en esta población.

Por un lado estaban las Convenciones y lo que generaba Uruguay al regular una sustancia hasta ese momento ilícita, el Uruguay como modelo internacional que hizo que debía tener un control muy fuerte del Estado como para dar garantías a todos los inconvenientes que se presentaban como hipótesis ante esta regulación.

A nivel también interno se manejaban los riesgos que podía tener para una población adolescente muy vulnerable al consumo de sustancias. Con base en eso, nosotros desde el inicio de la regulación, y en forma permanente, hemos hecho un monitoreo de los resultados y del impacto que tenía la regulación en esta población, camino a una evaluación que iniciamos. Estos encuentros y estas charlas son parte de los input que vamos a ir recibiendo para hacer la evaluación de los cuales ya tenemos como determinadas señales ya que estamos en otro momento, en otra época, y la ley puede tener que modificar algunos inconvenientes, principalmente en las implementaciones.

Como dije recientemente, si bien no está contemplado, hay por lo menos cuatro o cinco artículos dentro de la regulación que hacen referencia a acciones de protección a esta población.

Vamos a comenzar por aquellos efectos adversos que se pensaba que la regulación

podía tener sobre esta población. Como dice el artículo 14, está prohibido cualquier tipo de acceso legal a la sustancia, más allá de que el consumo no estaba penalizado en Uruguay, pero sí cualquier actividad preparatoria para el consumo. El acceso era uno de ellos y las hipótesis estaban vinculadas a el hecho de que el cannabis pasara a ser de acceso legal iba a disminuir la percepción del riesgo y con ello iba a aumentar el consumo.

Parecería plausible, si entendemos que a partir de las Convenciones del año 60 en adelante las representaciones sociales de las drogas están asociadas a su peligrosidad de acuerdo a que eran lícitas o no, y bajo esa representación social, formada básicamente por personas que no consumen. Era lógico que se pudiera pensar eso.

Como ejemplo, en el año 2014 en uno de los estudios que hicimos, uno de cada cinco adolescentes tenía episodios de intoxicación todos los fines de semana con alcohol. El 70 % de ellos consumía alcohol y eso no representaba un problema de salud pública tan fuerte como el que podía representar las posibles de la legalización del cannabis. Es decir, no se visibilizaba como un problema el alcohol y una de las razones es porque estaba absolutamente legitimado; porque era legal. Pero la hipótesis valía, en ese sentido, por lo antedicho, también para la mayor disponibilidad y legitimidad asociada a la legalidad. Cuando algo se vuelve legal se vuelve más legítimo y eso también podía ser un factor de riesgo, porque el hecho de existir un acceso legal y la filtración desde ese ámbito hacia los adolescentes, también era razonable que pudiera disminuir la edad de inicio del consumo de cannabis entre los adolescentes.

> Por un lado estaban las convenciones y lo que generaba Uruguay al regular una sustancia hasta ese momento ilícita, el Uruguay como modelo internacional que hizo que debía tener un control muy fuerte del Estado como para dar garantías a todos los inconvenientes que se presentaban como hipótesis ante esta regulación.

Y una cuarta hipótesis también que estuvo en discusión es que al aparecer en el mercado un consumo de una sustancia con mayor poder psicoactivo, con mayor THC iba a generar mayor uso problemático de esta sustancia.

Lo que les voy a mostrar ahora son algunas evidencias, algunos indicadores de estas cuatro hipótesis y los resultados que fuimos encontrados, y del impacto también, porque lo hemos podido medir.

Como estamos en un foro académico, no podemos salir de la ficha médica del estudio,

de donde sale la mayor parte de la información que tiene que ver con los estudios que periódicamente hacemos en población escolarizada. La limitación que tiene esto es que hay un sesgo, que es que se trata de población escolarizada, la que tiene ya tiene un factor de protección que es la institucionalización en un centro educativo en su formación.

Pero alcanza aproximadamente al 77 % de los adolescentes y al 90 % casi en los menores de los 15 años. Es un estudio bastante grande que abarca todo el país, ciudades de más de 10.000 habitantes y con un margen de error razonable para que podamos hacer unas estimaciones bastante precisas sobre los indicadores que estudiamos.

En cuanto a la evolución del consumo, ahí tienen las dos líneas. Uno era la tendencia que venía desde el 2003 en cuanto a la prevalencia de consumo de cannabis (estamos tomando la prevalencia últimos 12 meses, que es la foto que sacamos en cada uno de los estudios, que es el para nosotros el indicador que es más fuerte respecto a medir una tendencia de consumo). Lo que vemos es que la tendencia que se mantiene desde la aplicación de la regulación para adelante, pero a partir de 2016 para adelante (en el del tiempo de la promulgación de la mitad de la ley y bastante más desde la implementación completa que lleva 6 años y 5 meses) en los últimos tres estudios los datos nos dicen que el consumo de cannabis se mantiene. Es decir, no parecería haber efecto de la regulación sobre la tendencia del consumo que traía el cannabis. Además, se ve un llamativo estancamiento en su crecimiento con respecto al uso problemático.

Para la siguiente hipótesis, efectivamente, consultados los estudiantes sobre el tipo de cannabis que consumían, fue evolucionando en pasar del prensado paraguayo de menor nivel de THC que se consumía mayoritariamente en los años anteriores pasó del 24% al 11% en las últimas tres mediciones, entonces sí había un mayor consumo de un THC supuestamente con mayor poder psicoactivo. Sin embargo, en la medición del uso problemático, que lo hacemos a través de una escala que se usa internacionalmente y que es específica para este tipo de población, que mide una serie de conductas que estarían asociadas a un riesgo de un consumo problemático, esta se mantiene estable desde que lo comenzamos a medir, con lo cual el cambio de potencia psicoactiva del THC no parecería haber afectado. Con lo que uno podría manejar en este sentido es que lo que hay es un tema de dosis y no tanto de lo que tiene cada uno del componente del cannabis que se consume en sí.

Con respecto a la edad de inicio, este es un dato que es bastante estable para todas las sustancias desde que iniciamos la serie. El que ha tenido modificaciones fue el tabaco, que fue la sustancia que tuvo mayores cambios, ya que además de que hubo una disminución del consumo, a su vez hubo un aumento significativo de la edad de inicio de esta sustancia.

Pero para el cannabis y para el alcohol, por ejemplo, no se ha presentado ninguna modificación desde el inicio de las series y por lo tanto tampoco la regulación ha afectado a esta población.

La percepción del riesgo vendría a ser una actitud hacia un objeto y lo que teóricamente se espera es que esa predisposición va a ser consistente con el acto hacia ello: es decir una predisposición del riesgo alta de una sustancia debería generar un menor consumo y viceversa. No voy a profundizar en esto porque no es tan directa ni tan lineal esa asociación ni con las sustancias ni con el tipo de población que estamos estudiando, pero sí lo que podemos observar es que sí ha disminuido la percepción del riesgo. Pero a partir del 2014 hay algunas diferencias, que no son significativas; se han mantenido estables, es decir que la regulación no ha intervenido sobre estas predisposiciones y actitudes con respecto al cannabis.

Una predisposición del riesgo alta de una sustancia debería generar un menor consumo y viceversa.

Esto son dos estudios que hicimos en el observatorio, arbitrados internacionales (está la universidad de Nueva York y está la UCU), que son de control sintético. Para hacerlo, básicamente se comparan dos poblaciones tratando de que tengan algunas características que sean similares y donde una está bajo el efecto de lo que queremos medir (que es la regulación) y la otra no. Y lo que se ha estudiado comparando esto con Chile (que es lo que teníamos este más cercano y que además tiene estudios para poder comparar) y efectivamente se observó que hasta el momento en que se hicieron esos estudios, la regulación no había presentado diferencias ni con la intensidad ni con las prevalencias de consumo.

Voy a pasar rápidamente a la implementación, a los aspectos que le mencioné sobre que si bien la ley deja por fuera a esta población, indicaba medidas y tenía artículos que hacían referencia a proteger esta población.

Con respecto al consumo, una tenía que ver con la red de atención y tratamiento. Eso desde el 2006, con el Sistema Nacional Integrado de Salud más el crecimiento de la Red Nacional de Drogas (Renadro) fue cumplido y están contemplados los requisitos.

La Renadro tiene 44 puntos de acceso, sumados a los 47 de ASSE. Desde el Estado se da cobertura a lo que solicitaba la ley. Hicimos un estudio sobre esto en el observatorio.

Sobre el tratamiento, había como dos hipótesis respecto a que podía aumentar, porque podía haber una mayor declaración de consumo y con menor estigma se podía demandar tratamiento. O la contraria: que mayor uso problemático y mayor demanda de tratamiento. No podemos probar ninguna de esas dos hipótesis porque no hay una regularidad. Acá tenemos, por lo menos con el sesgo de la población que atiende la Renadro, nosotros no encontramos ninguna tendencia con respecto a esto.

La población de 17 años y 18 años está más o menos entre el 7% y el 12% del total de las atenciones que hace la Renadro, y de ellas la segunda sustancia por la cual se con-

sulta más es el cannabis. Antes están las cocaínas fumables y ahora en las últimas dos mediciones se ha equiparado la cocaína con el cannabis.
En los últimos tres estudios (últimos tres años) hemos encontrado cierta estabilidad con el dato.
Sobre prevención e información había tres artículos que hacían referencia al rol que tenía la Junta Nacional de Drogas.
En cuanto a la prevención y promoción dejo de lado acá la prevención específica de IRCCA y específicamente para el tema cannabis voy a hablar desde lo que tiene que ver con la con la Secretaría Nacional de Drogas, que en su estrategia nunca tomó la prevención por sustancia , porque nunca demostró un marco conceptual en que el problema fuera la sustancia por sí sola, sino que tiene que ver con los vínculos, tiene que ver con otros factores, tiene que ver con la etapa vital de los individuos, con sus relaciones, con sus vínculos, con los entornos familiar, social, comunitario, laboral y la interrelación que tenga con ellos. Por lo tanto, la prevención que se realizó desde la Junta Nacional de Drogas siempre se hizo desde otro marco conceptual que no está referido a las sustancias.

> Muchas veces se habla y se ha hablado de que están faltando las tareas de prevención. En realidad es porque muchas veces para nosotros los adultos queda invisibilizado todo lo que hacemos con respecto a la población adolescente.

Hoy, Uruguay en su última versión de la estrategia y en su última gestión, y también producto de un aprendizaje de toda la evolución que tuvo en el último siglo, ha llegado a un modelo de salud integral donde ha integrado prevención, inserción y los diversos aspectos de promoción de la salud y del cuidado de la salud.
A los efectos analíticos simplemente, les mostramos esta diapositiva para demostrar que tiene diferentes abordajes, diferentes estrategias para diferentes ámbitos y diferentes universos. Todos ellos pueden estar entremezclados en cada uno de ellos y lo que tenemos que hablar acá es del énfasis que pueda tener en cada uno. Entonces, a los efectos analíticos es que los desagregamos así.
Y eso lo pueden ver en la subhome de Salud Integral en la web de la JND, donde están todos los documentos donde se justifica y da el marco conceptual y las herramientas para el abordaje en cada uno de ellos.
Por último, muchas veces se habla y se ha hablado de que están faltando las tareas de prevención. En realidad es porque muchas veces para nosotros los adultos queda invisibilizado todo lo que hacemos con respecto a la población adolescente. Nosotros

tenemos una estrategia que está vinculada a la información y a las recomendaciones y a los cuidados de esa población, absolutamente dirigida a esa población. Y lo hacemos a través de las redes, no lo hacemos a través de la televisión. Lo hacemos a través de las redes donde el impacto es mucho más fuerte. No nos llega a nosotros pues somos todos extra edad acá.

Ahí vemos el impacto. En este periodo que está marcado lleva más de siete millones de visualizaciones, ha llegado más de un millón y medio de personas y tiene más de 16000 réplicas. Entonces, son cosas que nosotros no las vemos pero que están presentes.

Con respecto a la prevención en educación pública, había un artículo que decía que tenía que haber una materia específica de prevención de consumo de cannabis. Siguiendo la misma lógica, desde el 2001 ANEP y la Junta Nacional de Drogas están trabajando juntos desde todos sus sistemas y el foco siempre estuvo en la formación de los equipos docentes y cómo actuar en situaciones donde se presenta un uso problemático, tratando de formar y de informar a los docentes respecto a cómo se encara esta tarea.

El plan estratégico también en esa gestión sigue la misma lógica que sigue la lógica de la Junta Nacional de Drogas respecto a cómo encarar la prevención, que está más vinculada a las habilidades para la vida que ponerse a hablar de una sustancia.

Estamos muy lejos ya desde hace años, cuando en los liceos las charlas de prevención las daba la policía. Esto ha sido todo un logro y es producto de una gestión de más de 15 años de política de Estado, porque esto se inició en el año 2001 con la gestión de Leonardo Costa y las primeras acciones incipientes con lo que tenía que ver que Uruguay comenzara a trabajar sobre de daños y sobre cuidado de la salud.

Como les dije recién nosotros iniciamos junto con el IRCCA un proceso de evaluación de la ley, donde vamos a mirar todas sus etapas y más allá de los resultados (algunos necesitan un poco más de refuerzo), el objetivo es agendar una ley que esté más adecuada a nuestros tiempos y que podamos aprender de los errores o inconvenientes que pudimos haber hecho en esta etapa en la que todos estuvimos aprendiendo sobre esto. Gracias.

URUGUAY

Dra. Rosario Queirolo

**DOCTORA EN CIENCIA POLÍTICA POR LA UNIVERSITY OF PITTSBURGH.
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY**

Bueno, gracias a los cuatro. Tuvimos cuatro excelentes presentaciones, cada una con un enfoque muy distinto. Estoy segura de que hay varias preguntas. Además también tuvimos en el panel inicial la mesa de apertura con la intervención de Daniel Radío presentando en qué argumentos pensar cuando pensamos en esta regulación y la importancia de mirar más a lo que ha sido la defensa de los derechos de los usuarios y qué cosas podrían llegar a hacerse en el futuro en cuanto a la regulación.

Después Pascual enfocó su presentación sobre lo que está pasando en otros países, Estados Unidos Canadá y Alemania. Estoy segura de que también debe haber preguntas sobre eso.

Julio se enfocó en esta idea de los costos del prohibicionismo, algo que en muchos otros lados también se pone sobre la mesa. Queremos evaluar la política de regulación del cannabis pero a veces no está la pregunta de todos los efectos que genera el prohibicionismo y lo poco que lo evaluamos en relación con otras sustancias.

Martín puso el tema de todo lo que queda para hacer todavía en cuanto a la criminalización de usuarios de drogas y cómo continuamos teniendo una política que criminaliza a los usuarios de drogas, y por supuesto que no solo hablamos de cannabis.

Héctor enfocó su presentación en los resultados que tenemos sobre qué ha pasado con el consumo de cannabis entre adolescentes y entre menores.

Pasemos a las preguntas del público

Pregunta 1

Buenos días, mi nombre es Santiago. Primero, gracias a los panelistas. Quería empezar con una observación y una pregunta. La primera observación es que me parece que estas cuatro visiones presentan en primera instancia lo importante que es tener un abordaje orgánico sobre el desafío o el problema del cannabis que claramente plantea un problema multidimensional, con una visión sociológica, comercial política y penal. Y eso lleva a pensar también en el abordaje de este planteo desde una visión vectorial y no lineal. Existen una serie de diferentes dimensiones que hay que alinear, entonces a veces las políticas públicas, y sobre todo con este tipo de políticas, es difícil el planteo y la implementación. Por eso me parece muy valiosa la visión de diferentes profesionales.

La pregunta puntualmente es para Pascual. En tu exposición, en tu análisis inicial hacías un recorrido por diferentes mercados o escenarios y marcos normativos que en general se enfocan en una visión común que es esa dicotomía de 'con THC' o 'sin THC' siendo ese threshold diferente en cada país 1-3, 0-3, 0-1 y también diferentes escenarios o marcos normativos, que son los «problemas», entre comillas, de cada país. Pero también hay problemáticas que son globales, desde mi perspectiva y ya lo mencionaste, el tema bancario es algo que obstaculizó durante estos diez años lo que fueron proyecciones y el desarrollo de una industria muy promitente que a veces se boicotea o se dice «la política estuvo mal» o «Uruguay fue un lanzado». Yo creo que fue pionero y la diferencia entre pionero y errático es tener un plan de acción y atenerse a él.

Mi pregunta concreta es: siendo Uruguay un tomador de condiciones en este tema bancario que dificultó también el desarrollo del sistema logístico, en farmacias, etcétera, ¿qué medidas consideras que puede tomar Uruguay para estar preparado para esa apertura que se va a dar con el safer banking act o con alguna serie de políticas, sobre todo estadounidenses, que van a permitir desbloquear esta industria y desde este pequeño país, pionero, innovador, con una democracia plena con instituciones enfocadas en la ciudadanía ¿qué políticas o qué medidas consideras que podemos tomar para estar preparados y ponernos a la cabeza en ese lugar que perdimos de alguna forma? Porque fuimos los primeros y siempre se dice «Bueno, Argentina hace tres años que tiene legalización y puedes comprar las cremas en el supermercado» o «Colombia tiene un gran desarrollo de genéticas» o «Estados Unidos factura 20,3 billones de dólares». ¿Cómo puede Uruguay volver a posicionarse en un escenario o en un plano mundial en el cual tuvimos mucha prensa, pocos resultados y mucha crítica?

Pregunta 2

Buenas tardes. Muy buenas intervenciones. Fundamentando brevemente, a diez años y a seis de la incorporación de las farmacias: 30% de los usuarios estimados, que seguramente sean muchísimo más que lo que esa encuesta señala, menos de la mitad de los adquirientes para farmacia ni siquiera van a la farmacia (esto fue reconocido públicamente por el IRCCA en notas de prensa) y muchísima gente yendo en cana, porque está excluido de un sistema que en un principio fue propuesto de los Derechos Humanos, de salud pública y las libertades esencialmente. Ahí ya podríamos hablar algo, dijo Martín, de los derechos económicos, sociales y culturales que en distinto grado ha alcanzado efectividad o no la propia ley. La pregunta es si ya a diez años con farmacias mal distribuidas en todo el territorio, lo que provoca claramente un mercado gris de flores que está lejos de ser comparable con el narcotráfico tradicional, afecta profundamente lo que se definió en la Ley 19.172, ya ni hablemos de los Dectretos reglamentarios. El tema de darle la exclusividad del expendio a la farmacia y que eso tranque las posibilidades de desarrollo también desde el punto de vista de que no se limita una figura jurídica para una producción.
A diez años, ¿Cuál es el análisis de eso? En realidad a nuestro entender como sociedad civil y como usuarios no ha prosperado debidamente por distintos tipos de trabas. ¿No es hora de considerar ya y tratar de lograr la voluntad política (porque evidentemente el cambio es parlamentario) de eliminar la exclusividad de expendio a las farmacias e incentivar y hacer que exista una pequeña producción local que pueda solucionar toda esa falta de acceso que hay en prácticamente todo el territorio? Hay solo 34 farmacias en 10 departamentos. La pregunta es si hay que eliminar la exclusividad de expendio o no.
Gracias.

Pregunta 3

Mi pregunta es con base en la última exposición. Me conocen sobre todo hablando mucho de clubes de cannabis, pero hoy voy a hablar desde la adolescencia y desde mi persona, que soy docente de biología de enseñanza media y además soy usuaria de cannabis desde los 14 años. O sea, que he vivido el ser adolescente usuario desde el prohibicionismo, porque cuando yo era adolescente no había acceso regulado, era todo ilegal. Y hoy tampoco hay acceso regulado para los adolescentes, también sigue siendo todo ilegal. Me llamó la atención que se habló de la información que se brinda a los adolescentes. Siento que hay dos posturas arriba de la mesa muy fuertes, pero que el prohibicionismo sigue arriba de la mesa y siento, como docente de biología, que la «información» (voy a poner comillas) que se les brinda a los adolescentes y ya los docentes, tanto de mi asignatura como de otras, sigue teniendo esa veta prohibicionista que no

tiene en cuenta otros factores. Entonces yo he visto carteles, tanto en las redes sociales, en institutos de educación, que hablan del consumo repetido cuando no se toma en cuenta, por ejemplo, el contexto. Yo, que soy usuaria de cannabis, he visto gente caer de cara al piso por un único consumo de su primera vez y gente que hace uso repetido de la sustancia y que sin embargo toma en cuenta temas como lo que es la dosis. Entonces ¿cómo se aplican estas cosas a la enseñanza media? O sea ¿cómo empezamos a transmitirles a los adolescentes que no es la sustancia? Porque en la transmisión de la información lo que está llegando al adolescente sigue siendo el cannabis es feo, el cannabis te hace mal y siguen viendo en su entorno que familiares adultos o lo que sea consumen cannabis y siguen su vida normal y siguen sus estudios normales. En mi caso yo consumía cannabis para estudiar. Sabemos que el sistema endocannabinoide de cada uno es particular. A mí el cannabis en bajas dosis me ayudaba a concentrarme. Capaz que tendría que haber consumido algún ansiolítico legalmente, pero a mí me ayudó mucho el cannabis a terminar mi carrera entonces ¿Cómo tomamos esta información y cómo se la transmitimos a los adolescentes de manera más objetiva, que no sea decir «el consumo de cannabis hace mal»? Porque eso ya me parece que estamos en un punto que lo podemos superar y tener unos discursos más profundos con nuestras adolescencias.

Pregunta 4

Hola. Para la persona del observatorio, que comente por favor sobre esta evidencia que está mostrando del impacto de la política en las tendencias de consumo ¿cómo ha sido recibida en otros países de la región?

Respuesta de Alfredo Pascual

Siempre repito que los mercados que funcionan mejor (y con que funcionan mejor me refiero a que más gente compra del mercado lícito versus comprar en el mercado ilícito) son los que básicamente cumplen con tres A (en inglés): access, affordability and assortment.
Access en el sentido de que sea fácil de acceder, que no haya que manejar 100 km para ir a comprar cannabis.
Affordability en el sentido de que sea accesible en cuanto a precio. Creo que eso en Uruguay no es un problema.
Assortment en el sentido de que haya variedades. No alcanza solamente con que haya un poco más de THC, sino con que haya más variedades para que los diferentes gustos puedan ser abarcados en el mercado legal.
No estoy en una posición de recomendar, de hacer recomendaciones específicas de qué es lo que Uruguay podría hacer, si farmacias sí o farmacias no, pero visto de una ma-

nera más global creo que enfocarse en esas tres A es clave.
Quizás otros temas que ya se mencionaron hoy, por ejemplo la venta a turistas, también es clave porque los turistas no pueden comprar en Uruguay. Ahí ninguna de las tres A funciona con los turistas.
Creo que Uruguay tiene eso de que siempre decimos del impulso y su freno. El impulso de Uruguay de hace diez años se frenó y creo que en este ámbito académico parece haber bastante consenso de que la ley, o la implementación de la ley, necesita cierta actualización.
Lo que yo puedo decir es recuerden siempre estas tres A en inglés: access, affordability and assortment: que sea fácil de acceder, que sea accesible en cuanto a precio y que haya variedades. Y con variedades también me refiero a otro tipo de productos, no solamente flor.

Respuesta de Martín Fernández

Creo que como decía en mi intervención con relación a lo que traía Julio, es absolutamente imprescindible repensar todo. Creo que hay que repensar con todas las personas que tengan interés en esto y que en última instancia haya una decisión política.
Yo, para para esa instancia de discusión y mejora, de ampliar la participación de los clubes en determinadas cuestiones, creo que habría que eliminar el tema de asociaciones civiles sin fines de lucro. Tendremos que dejar o tratar de dejar de pensar en esta situación de que cannabis y lucro es algo que no puede estar junto, es algo que no puede estar vinculado, es algo que es mala palabra. Ceo que también que esto pasa por dejar de utilizar los mismos argumentos que en el 2013, que estuvieron bien, pero que diez años después nos limitan. Hay cosas que nos están limitando en una posible expansión, con un desarrollo con equidad, con participación múltiple y no solo con grandes emprendimientos, sino también con microemprendimientos que de alguna manera posibiliten un dinamismo dentro de esto que tiene que ser de acceso seguro.
Las únicas condiciones, hablando en términos de Derechos Humanos, que me parece que deberíamos poner es el piso mínimo. Para que haya condiciones para evaluar la normativa, deberíamos estar de acuerdo en que lo que tenemos ahora es el piso mínimo. No hay regresión hacia atrás en ninguno de los aspectos. Creo que esto fue muy importante en la discusión que se dio cuando el Ministerio de Interior quiso avanzar sobre el tema de la información, etcétera, en los registros.
Acá se planteó muy claramente por parte del Secretario de la Junta que había un estándar, incluso recuerdo que Daniel decía que no estaba de acuerdo con registro ni nada, pero estando el estándar ahí presente no es posible acceder al mismo y no es posible violentar eso. Entonces creo que esta tiene que ser una hipótesis de mínima. Si vamos a rediscutir condiciones, si vamos a rediscutir reglamentaciones, si vamos a rediscutir maneras de acceso, etcétera, primero el acceso y las personas tienen que ser

el centro y, segundo, esto es una hipótesis de mínima y no hay regresión acá.

Respuesta de Julio Calzada

Yo creo que lo plantea muy bien Martín. La exclusividad de la farmacia está asociada a una condición política en determinado momento, lo mismo que la condición para el acceso de turistas. Si muchos de los que están acá vivieron todo ese proceso, la inspiración para poner la condición de ser residente vino de lo que había sido la regulación del aborto, porque en condiciones políticas como las que teníamos en el 2013, claramente con opciones diferentes en Argentina y en Brasil a las opciones nuestras y con las fronteras porosas que teníamos, no podíamos generar clínicas abortistas en Colonia, en Fray Bentos o en Rivera, que la gente hiciera turismo abortivo. Y lo mismo tomamos para discutir el tema del turismo cannábico.

Yo creo que voy a empezar por el final. Yo creo que la generación de condiciones políticas puede generar todo lo que sea posible hacer en base a la experiencia; hay que generar esas condiciones políticas. Hoy las condiciones políticas no parecen estar dadas para eso, para avanzar mucho más de lo que se ha avanzado o de lo que se ha mantenido, que no es poco. Porque con errores y con discusiones que tuvimos muchos acá, discutimos bastante el tema del registro, y el registro fue en ese embate en algún momento de ciertos sectores muy conservadores para avanzar sobre las personas y sobre los clubes, el registro fue de alguna manera una garantía.

A mí me parece que la condición para discutir cualquier cosa que se discuta es que deberíamos de estar todos dispuestos a poner todo en discusión. ¿Las farmacias en exclusividad? No tiene por qué. Que ahora, como bien decía Martín, hay clubes de diferente tipo, hay clubes que son clubes sociales y hay clubes que son más empresariales. Hoy tenemos ocho años ya de experiencia de esto y yo creo que las empresas tienen que pagar impuestos. Entonces si eliminamos la exclusividad a un mercado férreamente regulado, que no es bueno en función de lo que vos comentabas, que ha demostrado que tiene muchas limitaciones (el sistema bancario, que planteabas tú también), entonces tenemos que ver de generar un nuevo modo de pequeños emprendimientos que estén regulados.

Y acá hay un aspecto que me parece que es fundamental, porque en el autoconsumo uno puede plantar en una maceta o en el fondo de su casa lo que quiera y consumirlo, pero no le genera ningún potencial daño a un tercero. Ahora, si es algo que se va a comercializar, si se va a vender, esa marihuana tiene que estar bajo ciertos controles de tipo fitosanitario y bromatológico, que tiene que ser apta para el consumo. Uruguay tiene una vasta experiencia en eso en otros campos que se puede importar para esto; podrían ser los municipios los que hicieran el control bromatológico a la producción de esto. Todo se puede discutir.

Pero me parece que la condición es que tiene que ser producto controlado. Pero hay

otra condición que es general: todo lo que se haga tiene que ser desde la perspectiva de los Derechos Humanos y con enfoque de salud pública. Si no, no vale. Y ahí yo tengo las dudas de los mercados desregulados como los norteamericanos, donde lo que prima es el lucro.

Y todos los mercados no están regidos por un único interés. Negar la existencia de los mercados es negar la existencia de la historia humana. Hay mercados previos a los fenicios que comercializaban. El problema es cuán regulado o cuán desregulado están esos mercados. Y yo creo que ese es un eje de discusión para esto.

Nosotros tenemos un mercado sumamente regulado. En algunos aspectos esa fuerte regulación ha hecho que ciertas formas de la industria no se hayan podido desarrollar. Podemos pasar a un mercado totalmente desregulado, donde lo que manda es el lucro, y yo creo que sin tener ningún temor por el lucro, porque para algo las personas trabajan y se esfuerzan y hacen sus cosas. Pero no podemos dejar librada la salud pública al lucro. Y esa es una discusión que tiene que estar.

Entonces, el marco ético desde el cual se plantee esto, es decir cuáles son las condiciones que nos debemos poner, yo creo que se ha avanzado mucho, incluso a nivel internacional hay un consenso global. Las políticas vinculadas a los usos de drogas que impliquen cualquier esfera, desde la esfera de la salud pública.

Esta perspectiva de los Derechos Humanos con enfoque de salud pública ha sido construida colectivamente desde las organizaciones de la sociedad civil, la Academia, organismos públicos, desde al menos la primera mitad de la década del siglo pasado. Desde el 2000 en el Uruguay hay una perspectiva que pone el tema de los Derechos Humanos, que pone el tema de la gestión de riesgos y la reducción de daños sobre la mesa, y eso ha excedido incluso la política específica sobre la marihuana, porque ha habido cuatro partidos políticos que han estado en el ejercicio del gobierno y que lo han hecho posible. El tema que hay que generar las condiciones políticas para eso. Ese es el gran desafío que tenemos.

Acotación de Martín Fernández Chiossoni

Con relación del tema de la adolescencia, simplemente plantear normativamente (no lo digo en el campo de la moral) la diferencia entre que un padre o un hermano mayor de edad le dé un vaso de alcohol a su hijo menor de edad que está transitando en la adolescencia y le dice: «Vení, vamos a tomar una, tomate esta cervecita acá tranquilo» no sé qué «Ah, bueno, vas a salir… Después vamos a tomar una cerveza». Y si la sustancia la pasamos a cannabis estamos hablando de un delito de suministro agravado con 4 años de penitenciaría. Para ver normativamente un detalle con el tema del mundo de los adolescentes, que muchas veces perdemos oportunidades de trabajo con ellos.

Respuesta de Héctor Suárez a la pregunta de la profesora de biología:

Como dije, la Secretaría, en trabajo en conjunto con la ANEP, nunca focalizó sus tareas de prevención y de información en la sustancia, sino en desarrollar programas orientados a habilidades para la vida. Por ejemplo, recuerdo el programa Dale Vos entre 2016 y 2019 en el que intervinieron miles de docentes. Nosotros siempre intentamos ir por el lado de los docentes y por el lado de la solución de conflictos referidos al uso problemático. Pero lleva su tiempo. Nosotros damos un mensaje, ese mensaje a veces no sabemos cómo es recibido y cómo se devuelve después.
Yo creo que se ha mejorado muchísimo. En el año 2000 la gente de la brigada de la policía iba a dar charlas sobre las drogas. Hoy estamos lejos de ese panorama y fue un gran logro. ¿Falta? Sí, falta. Falta una orientación, falta una capacitación. Por más que estamos permanentemente en eso, pero es de a poco, porque somos así; la sociedad es así y todavía nos seguimos asustando de hablar de determinadas cosas más directamente. El esfuerzo desde la secretaría creo que es un mensaje que fue entendido desde el Codicen y desde ANEP. Lo que falta, falta.
Quizás en esta revisión de la implementación de la ley de estos artículos referidos a la promoción de salud y a la prevención, se pueda llegar a mejorar ese modelo.

Respuesta de Héctor Suárez a la pregunta sobre la implementación en farmacias.

En respuesta para el compañero que preguntó sobre la implementación de la farmacia, también en el tema de producción hay varios problemas que hacen que nosotros tengamos que adecuar la ley a lo que ya aprendimos en estos diez años sobre eso, y sobre el impacto de los resultados cuando presentamos y damos los datos de la implementación. De eso podemos hablar también con Julio y creo que Daniel también. Desde un terreno muy hostil, en Viena por ejemplo fuimos vapuleados en el Congreso de la ONU, Hasta ahora ha ido cambiando la mirada. Recibimos recientemente la visita del Observatorio Europeo que está estudiando todas las regulaciones, pero para el observatorio fue muy conveniente porque trajo mucha gente a colaborar con nosotros, a informarse y a trabajar con los datos que podíamos generar nosotros y además generarlos por otro lado. Pudimos hacer sinergia y pudimos fortalecer la evidencia científica respecto a los verdaderos impactos de la regulación.
Acá tenemos a Rosario, que trabaja desde la UCU y también en organizaciones internacionales que se han preocupado por estudiar la temática. Nosotros particularmente también hemos recibido apoyo y hemos trabajado con gente del exterior que hace que cuando nosotros presentamos un dato tenemos la espalda fuerte de que hay otros profesionales que han dado una mirada sobre lo que nosotros estamos presentando. Y eso nos ha dado fortaleza y nos ha ido consolidando en lo que nosotros informamos.

Pregunta desde YouTube:

¿Quién controla el consumo en los adolescentes? Porque recuerdo que hace diez años cuando se aprobó la ley no hubo control del consumo. Y es más, se generó un libre consumo.

Respuesta de Martín Fernández Chiossoni

Muchas gracias por la pregunta. No se generó un libre consumo. Creo que Héctor dejó muy claro que el efecto de la regulación no es de ninguna manera ni el aumento ni nada por el estilo. Creo que tenemos que trabajar con las adolescencias desde un punto de vista de oportunidades de trabajo.

Esto siempre lo mencionaba Raquel: nadie en su casa le dice a sus hijos: «Andá y emborráchate por ahí con otros», «andá a tomar con los que trafican el alcohol». Por supuesto que no hay. Pero es lo que muchas veces sucede con los hijos y con el mercado ilegal de drogas. Uno deja en manos del conocimiento, la experiencia, las situaciones vinculadas a cuándo sí cuándo no, cómo hablar, qué decir, etcétera, vinculado a esto. Y creo que las adolescencias son unas oportunidades o es una oportunidad muy importante para trabajar el tema del acceso a drogas, del uso de drogas.

Y por eso me parece que no es que la legislación haya desregulado ni nada por el estilo; por el contrario, genera condiciones para trabajar desde los datos con los que trabaja el observatorio, con los datos que pueda tener salud pública, con los datos que puedan tener las distintas instituciones con punto de vista distinto con los adolescentes y las adolescentes. Creo que hay que mirarlo en términos de oportunidad y no de aumento del consumo ni de incentivo al consumo.

Es más, creo que hay muchos más adolescentes que se levantan y se clavan un energizante de mañana que de los que fuman un porro en la actualidad. Así que hay que tener cuidado con los prejuicios también.

Mesa 2

Desarrollo del mercado de la industria del cáñamo y del cannabis medicinal. Avances y desafíos.

URUGUAY

Mag. Lorena Repetto

Mi nombre es Lorena Repeto. Soy politóloga y docente investigadora de la Universidad de la República. Y también trabajo en proyectos en común con la Universidad Católica con Rosario Queirolo. Voy a estar moderando esta mesa. Empezamos con los panelistas:

URUGUAY

Dra. Raquel Peyraube

DOCTORA EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN ENDOCANNABINOLOGÍA Y USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS. DIRECTORA DEL DIPLOMA INTERNACIONAL ENDOCANNABINOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Buenos días. Muchas gracias a la Secretaría Nacional por haberme invitado, pero sobre todo por la iniciativa de hacer este foro.

Al tiempo de agradecer, debo lamentarme de que un evento de este tenor no convoque a la gente que después se siente con derecho a incidir en el diseño y la implementación de las políticas. Este es un evento gratuito y accesible, sorprende. Y en general, los que faltan son los representantes de las distintas formaciones disciplinarias, no solo de los sectores del gobierno, sino de las universidades, que después sacan informes. Por eso, cuando hablan de los «expertos», digo está lleno de gente que hoy lee dos publicaciones (y sabemos que la mayoría de todo lo que se publica, para bien o para mal, tiene sesgo) y con eso ya se declaran expertos.

Lo otro que se está viendo bastante son los foros de business: no importa saber, lo que importa es vender. No importa lo que vendas (pueden ser cursos, regulación, consultoría, negocios, cannabis). Hay que vender; a esto yo le llamo 'la fiebre del oro verde'.

Lo primero que quiero decir es que me sentí profundamente orgullosa con la apertura. Gracias, Daniel Radío. Sé que no la pasa bien diciendo esas cosas. Así que no solamente se destaca la claridad para decirlo, sino la valentía.

Nosotros no regulamos para combatir el narcotráfico. Cuando me preguntaban eso en 2012, ya aclaraba que no íbamos a reducir nada de eso; porque es algo que se reconvierte: ahora están en el abuso de sexual, en el tráfico de personas, aparecen nuevas drogas. No vamos a bajar eso y tampoco vamos a bajar el consumo: va a aumentar el consumo. El tema es qué tipo de consumo va a aumentar.

Por suerte parece que en Uruguay, gracias a lo que nos mostró hasta ahora Héctor, aumenta lo que nosotros no teníamos tanta angustia de que aumentara, que es el uso no adolescente. Es el uso por encima de los 30 años. Los primeros estudios que hicimos con el monitor Cannabis Uruguay de la Facultad de Ciencias Sociales mostraron eso;

en general eran mujeres las que se estaban incorporando al mercado de un uso adulto, mayores de 30 años.

Una de las cosas de lo que no yo voy a hablar, porque ya hablaron casi todos, es de los avances. No voy a hablar de los avances. Solo comentar una cosa interesantísima que debo incluir en los avances: que la mayoría, si no todas, las predicciones catastróficas que se hacían no se cumplieron. O sea, la profecía no se cumplió. Y sería interesante que la gente que vaticinó tanta profecía estuviera aquí pensando con nosotros hacia dónde ir y que contribuyeran con su visión.

Entonces, yo me voy a limitar a hablar de los desafíos, porque creo que son muchísimos. Realmente son muchos y quienes trabajamos desde el campo de las políticas públicas, y particularmente de la salud pública, tenemos preocupación, porque si bien no ocurrieron aquellas profecías catastróficas están ocurriendo otras, que me voy a permitir comentarles acá.

Esta es mi declaración de conflictos de interés. Yo creo que es de buena práctica hacerlo. Todos tenemos conflicto de interés; tener un cargo académico es un conflicto de interés. La declaración de conflicto de interés le permite a quien nos escucha saber desde dónde hablamos. Así que la militancia es conflicto de interés, las pertenencias académicas o asesorar business también es un conflicto de interés. Así que los invito a que empecemos a incluirlos en nuestras conferencias.

Nadie ha pagado esta presentación y eximo de responsabilidad a las instituciones con las que trabajo de los contenidos, excepto de SLIC (Sociedad Latinoamericana Interdisciplinaria de Cannabinología), que me ha dado el aval de representarla con esta presentación.

El contenido de mi presentación va a tener tres puntos: 1). identificación de aspectos que requieren revisión y adecuación (no voy a ser muy exhaustiva y algunos después podemos seguir charlando); 2). propuestas y desafíos y 3). conclusiones. Creo que alcanza con esto.

Entre los aspectos que requieren adecuación, yo los clasifique en dos categorías: los de la ley y los de la implementación.

La academia británica, el King's College hizo un estudio, un trabajo de identificación de los factores que permitían clasificar a una ley como buena o no tan buena, o si cumple o no con los estándares que se debería pensar. Cuando a David Nutt (que en tema drogas es uno de los popes, es el coordinador de este equipo de investigación el King's College) le preguntaron cuando presentaron ese trabajo quién es el mejor modelo regulatorio respondió «sin duda, Uruguay». Y yo agrego: «el peor implementado».

Y lo dijo Julio Calzada con claridad meridiana: tenemos una ley maravillosa, y si no fuéramos a veces tan uruguayos, con ese miedo a la acción y la falta de pragmatismo, podríamos haber logrado la identificación concreta de lo que hay que modificar y haber cumplido con la ley.

Cuando escribíamos la ley, nosotros pusimos que tenía que ser evaluada anualmente y

que se debía elevar un reporte al parlamento para hacer las adecuaciones necesarias. Eso nunca ocurrió; va a ocurrir ahora, por suerte, después de diez años. Lo único que se hizo en términos de evaluación fue un informe toxicológico sesgado que elevaba el Ministerio de Salud Pública, escrito por un único autor. Eso no es la evaluación de la ley. Y no hablaba de la implementación, hablaba de los daños del cannabis. Estas son los claroscuros de la legalización en Uruguay.

Entre los aspectos vinculados al diseño, algunas cosas ya fueron planteadas acá. Sobre el acceso para adquirientes de cannabis para uso adulto en farmacias, yo no estuve de acuerdo en es ese momento y tampoco estoy muy de acuerdo con los clubes. Ojalá hubiera «clubes». La mayoría son chiringuitos, son negocios que no pagan impuesto y que no tienen ningún control. No son entidades sociales (no los son acá ni lo son en Barcelona ni lo son en País Vasco, y no lo son en ningún lado). No son como los clubes de tabaco o los clubes de vino donde el sommelier o aquellos que degustan se hacen miembros. Estos son clubes que encontraron el resquicio para meterse en los huecos de la ley: no podemos vender, tengamos un club. De hecho, los propios directores de los clubes dicen: «Voy a cerrar porque no me da ganancia». Pero es una sociedad civil sin fines de lucro; ¿dónde estaría la cuestión de la ganancia? Entonces eso es lo primero que tenemos que revisar.

Yo estoy de acuerdo en que tendría que haber por lo menos dos dispositivos:

habilitar a la participación del pequeño comerciante en la cadena productiva y de distribución porque, si no, va a fundar un club y va a vender como están vendiendo ahora. Yo sé que decir estas cosas puede ser feo, antipático, pero nunca tuve problema en decirlas. Me gusta que me quieran, pero si no me quieren habrá que lidiar con eso. Pero el pequeño comerciante tiene derecho a hacer su lucro también. No debemos confundir nuestras visiones románticas con la realidad del mercado. Todo el mundo quiere ser parte de esto, deben tener un lugar.

Las boutiques de cannabis (o como quieran llamarlas), donde se vendan las variedades de legales con una amplitud, como dijo hoy muy bien Alfredo Pascual. Es importante la amplitud de variedades, donde la gente va y elige. Porque si para vinos tenemos malbec, zinfandel, tanat, merlot, vino verde, albariño, ¿por qué debemos tener solo dos variedades de cannabis? La respuesta es porque no lo podemos controlar. Bueno, pero cuando vos decidís hacer una ley tenés que pensar cómo vas a hacer el control, porque si no es un enunciado de intenciones. Y no es eso: debería ser otra cosa.

Otra cosa, la exclusión de no residentes y de turistas, que también fue mencionado. Discutíamos esto en la ley y me dijeron que esto era porque no se quería el narcoturismo. Yo les contesté que el narcoturismo lo tenemos por lo menos desde el año 74. ¿Me vas a decir que los 20.000 uruguayos que consumen se consumen 150.000 dosis de éxtasis en el verano? Ya tenemos turismo narcoturismo. ¿Cuál es el problema de que vengan a consumir cannabis? Que seguramente va a ser el consumo más light, más relajado. En general, el usuario preferencial de cannabis no mezcla con alcohol. Tal

vez a lo mejor hasta reducimos los accidentes de tránsito. Es decir, había mucha sobreimaginación y poca realidad de conocer cómo funciona el usuario y cuál es la realidad con la que teníamos que lidiar para regular.

¿De forma exclusiva el acceso? De entrada dijimos, ¿pero exclusivo?, ¿y qué pasa si yo tengo 6 plantas y se me abichan?, ¿me las tengo que consumir?, ¿tengo que ir a comprar al mercado clandestino? Falta de sensatez, es que no se puede controlar.

¿De forma exclusiva el acceso? De entrada dijimos, ¿pero exclusivo?, ¿y qué pasa si yo tengo 6 plantas y se me abichan?, ¿me las tengo que consumir?, ¿tengo que ir a comprar al mercado clandestino? Falta de sensatez, es que no se puede controlar.

Esa ilusión de control generó una ausencia de control; porque nadie ha podido controlar el mercado. La gente produce lo que se le antoja, vende a quién se le antoje, con licencias legales. Lo cuentan los pacientes: «No, doctora, yo no puedo pagar lo de la farmacia, entonces me lo vende el club». Y así hemos visto arritmias en emergencia, porque «si es dolor, dale THC»: ejercicio ilegal de la medicina. También tenemos el problema de que cualquiera indica cuántas gotas de lo que produce. Eso se llama 'posología' y es una indicación médica acorde a una condición clínica a un diagnóstico o una patología. Todo eso no existía, porque el foco era legalizar para el uso adulto y combatir el narcotráfico. Los que hablábamos en los medios de los beneficios medicinales éramos poco menos que delirantes. Lo seguimos siendo, un poquito, pero ahora ya tenemos más evidencia, diez años después. Pero lo cierto es que no se le daba gran importancia.

Nuestra ley discrimina perfectamente las tres formas de cannabis, sin embargo están solapadas. Ya no solo el medicinal y el adulto está solapado, el industrial también. Y eso tiene que ver con una falta de información: el cannabis de uso industrial no es por definición el que tiene menos de 1 % de THC (y, según los países, 0,1-0,5-0,3, menos de uno) pero es también el que tiene menos de 3 % de CBD. No es el que tiene menos de 20 % CBD. Pero lo cultivo como industrial y lo vendo para uso humano. El industrial es alimentario: aceite de prensa fría o harina de semillas y fibra. No es lo que Uruguay está diciendo que es 'cáñamo industrial'.

«Cáñamo»: otra forma de la falta de formación de los reguladores. «Cáñamo» es la palabra española de «hemp». Y «hemp» es la palabra inglesa para cannabis. Y como dice el gran profesor Lumír Hanuš, «todo es hemp y todo es cannabis». Entonces, esas definiciones no sabemos bien de dónde que salen, requieren, y es el primer diagnóstico

es que tenemos que cambiar; que los reguladores tienen que formarse.
La mayoría de las dificultades y obstáculos están vinculados a:

- La falta de competencia, eficacia y pragmatismo de las agencias y los organismos del Estado responsables de la implementación
-Una débil voluntad política (por suerte hoy no fui la única que lo dijo),
-Ausencia de inclusión de directivas según la evidencia científica disponible y según evaluación continua, tal como mandata la Ley 19.172 y luego la 19.847 (que ya llevamos 4 años sin implementar),
-Exceso de poder del aparato burocrático.

Y esto último es terrible. Los políticos me dicen: «Raquel, tenés razón, habría que hacerlo, pero el sistema burocrático no me lo deja hacer, es lento, va a su tiempo». De acuerdo, pero el salario te lo pagamos nosotros. ¿A los políticos no les da el poder para controlar a la burocracia subalterna?
El primer acto luego de haber legalizado tenía que haber sido desclasificar el cannabis. Llevamos diez años y no lo logramos desclasificarlo. Pero la ley dice que tiene uso medicinal. En nuestro país una ley nacional no está por debajo de un Dectreto, es al revés: el Dectreto tendría que haberse adecuado a la ley.
Entonces, el aparato burocrático ha controlado parte de los avances, pero me parece que no puede seguir siendo una justificación suficiente. Si una persona no está dispuesta a cumplir un mandato ministerial, debería repensar su puesto laboral, y quien la contrata debería pensar que va a hacer con ella. No podemos sacrificar la salud pública porque la burocracia no sepa o no quiera saber.
El desarrollo de un mercado no regulado de cannabis para uso medicinal en este momento es prioritario, porque el precio de lo que es de calidad farmacéutica y registrado en el Ministerio de Salud Pública (y tenemos productos de excelente calidad, vale decirlo) no es no es pagable por la gente y más aún porque son tratamientos crónicos. No pueden pagar 10.000 pesos por mes (si es que les alcanza con un frasco). No pueden. Entonces esto ha sido un error importantísimo.
Errores importantes en las competencias: yo sé Sergio que vos no estás de acuerdo conmigo en lo que voy a decir, pero yo no acuerdo (como lo dijo también Julio Calzada) que sea el Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca el que da una licencia para cannabis.
Primero, si se da la licencia para CBD (no importa si es CBD o es THC) tendrá que entrar dentro del sistema que está definido, pero no puede producir cualquiera. Los chicos cultivan y venden; tienen licencia y venden hasta en un mercado clandestino europeo: exportan a Europa, y también a través de Suiza exportan. Y tenemos empresas uruguayas investigadas por Interpol por traficantes, porque están vendiendo ilícitamente aunque hayan producido lícitamente. Estas licencias otorgadas a troche y moche además fueron ilusiones que no se cumplieron, porque la mayoría no saben qué hacer con la cantidad de flores que tienen, porque la calidad fue detestable.

Cuando sacaron el Dectreto que los dejaba exportar a mí el Estado me contestó «Bueno, que de la calidad se ocupe el comprador». Con ese criterio, entonces vamos a empezar a vender carne con aftosa, total, que de la calidad se ocupe el comprador.
Uruguay tiene un nombre que proteger y teníamos que hacer méritos extra, precisamente porque éramos vanguardistas. Pero no se entendió que esto era importante.
Tenemos un pobre desarrollo del mercado de uso industrial, que se lo confunde: Industrial no es con CBD y sin THC. Industrial es fibra y alimento y no es de flores: es de semillas y de la fibra.
Existe un inadecuado control. En todas las áreas hay ausencia de control y después aparece un control excesivo como muy bien lo mostró Martín, como esas paradojas que tenemos un cerro Chato, un arroyo Seco, una cárcel Libertad: y mandamos preso al usuario que tenía 5 gramos para compartir y que a lo mejor compró legalmente. Y nos pasa por la puerta del Ministerio de Salud el ejercicio ilegal de la medicina; gente que publica en Mercado Libre y te dicen «yo tengo 1700 pacientes». Lo que tiene no son pacientes, tiene clientes. Si querían ser médicos, deberían haber estudiado medicina. La medicina no es el negocio. Habrá alguno que lo habrá hecho de buena fe, pero tiene que entender que pone a la gente en riesgo. No hay control de calidad, no hay control de la indicación, de las concentraciones.

Tenemos un pobre desarrollo del mercado de uso industrial, que se lo confunde: Industrial no es con CBD y sin THC. Industrial es fibra y alimento y no es de flores: es de semillas y de la fibra.

Respecto a la publicidad por parte de algunas empresas, la mayoría han respetado exhaustivamente la ausencia de publicidad. Sin embargo vemos por la calle paredes pintadas con avisos o servicios médicos que promueven una de las industrias y la industria promueve ese sistema de salud. Uruguay no tiene permitido ni el marketing ni la publicidad.
Un punto gravísimo es la ausencia de apoyo a la investigación. ¿Cómo vamos a crear evidencia para una buena regulación si no tenemos investigación? Afortunadamente va a haber un sistema (me consta, porque participé de un trabajo que hizo Presidencia con el observatorio europeo) de empezar a medir para comparar con nosotros mismos y con otros modelos regulatorios.
En cuanto a la ausencia de asignación de recursos: si tú montas una política le tenés que dar dinero, recursos humanos y materiales. Si no, solo es una declaración de aspiraciones. No hay políticas sin asignación de recursos.
Y como último punto de las dificultades identificadas, que ya lo dije al principio, una

evaluación insuficiente.
Mis propuestas son empezar a resolver con eficiencia las dificultades identificadas. Yo acuerdo con Daniel: esta ley tiene que ver con proteger derechos y uno de los derechos que protege es el de la salud, tanto para el usuario no medicinal como para el medicinal, que no está siendo cuidado.
Yo sé que no es un medicamento de primera línea, por lo menos no por ahora. Lo cierto es que no es que no se lo pueda incluir en el FTM porque tenemos un listado de 200 medicamentos antes. Y mi opinión es que su inclusión en el FTM no puede ser un tema de eficiencia farmacológica. Es un tema político. Es la mejor razón para incluir a los pacientes en el sistema de abordaje legal, ir a su mutualista, a su sistema de seguro médico, a su prepago, tener un médico que lo acompañe y tener un medicamento subvencionado como los otros. Si no va a ir al mercado clandestino.
Y es un tema político, además, porque la ley mandata al ministerio a incluirlo. No es una elección, no puede elegir incluirlo o no incluirlo.
Es como cuando el presidente Vázquez dijo: «Bueno, sí tengo una ley pero como no estoy de acuerdo la voy posponiendo». Y lo dijo públicamente. Ni la oposición se paró en los pedales cuando dijo eso. Una vergüenza… Y ahora, lo mismo.
Esto es una ley. No hay ni un solo medicamento que tenga una ley que te diga que lo tenéis que incluir en el FTM. Pero acá lo tenés.
Hay que instalar un sistema de monitoreo y evaluación sistemática de la regulación lícita del cannabis con base en el Observatorio de Drogas, a los que deberían anexarse expertos y también incorporar en el diseño de las posibles soluciones la opinión de expertos. No es un tema de ideologías, ni de morales, ni de opinología. Hay evidencia en el mundo y hay expertos, que están trabajando en circuitos con otros, que no están en el sistema, que no son consultados.
Implementar la mayoría de los de los cambios en un plazo no mayor de 18 meses. La gente no puede seguir esperando y la eficiencia del Estado en algún momento va a tener que empezar a funcionar.
Entonces, las conclusiones son que si bien nuestra ley es suficientemente buena, es integral, a la luz de la experiencia tenemos que modificarla acorde a la realidad que estamos viviendo. No a lo que nos pareció que tenía que ser. Ya aprendimos, ya está. No vamos a llorar sobre la leche derramada, pero empecemos a cambiar ahora.
Nosotros sabemos que a algunos responsables como Daniel Radío o un Héctor o un Lacava les es difícil mover el aparato burocrático. Pues veamos cómo se cambia eso. En otros países la burocracia está al servicio de las definiciones políticas. La mayoría de las dificultades y obstáculos de la implementación se derivan de una gestión Estatal insuficiente, y en algunos casos deficiente, además. Entonces, debemos empezar a hacer acciones más precisas.
La otra conclusión es que una de las acciones que requiere premura es anexar a la ley un glosario basado en información y en definiciones que recojan información. No es lo

que a mí me parece: el cannabis es lo que es cannabis. Seguimos con la historia de la índica y la sativa y la gente dice: «No doctor, a mí me indicaron que yo tengo que tomar índica». ¿Y quién le dijo eso? Lo que le tiene que importar son los quimiovares, no la variedad fenotípica. Pero, bueno, cualquiera dice cualquier cosa.

Se recomienda que el Estado cuente con un grupo de expertos a los que consultar en forma ad hoc, los que estemos dispuestos a brindar servicio voluntario, como lo hicimos con la ley, como estamos acá hoy.

Los tiempos que se ha tomado para apenas implementar algunos aspectos de la ley son excesivos y han redundado en consecuencias negativas que no tendríamos que estar viviendo.

No quiero dejar de agradecer al equipo de SLIC, que son somos colegas médicos, botánicos, agrónomos, químicos de toda América Latina y también tenemos un colega europeo. Todos los meses se ingresan nuevas personas. Este mes de noviembre vamos a tener, como hacemos cada tres meses, una reunión científica abierta a todos, por YouTube, que es libre gratuita, donde vamos a discutir las intoxicaciones accidentales y no accidentales en niños. Es un tema de particular importancia en la realidad actual, así que los que estén interesados en saber más de lo que hacemos van a ser bienvenidos. Muchas gracias.

> Hay que instalar un sistema de monitoreo y evaluación sistemática de la regulación lícita del cannabis con base en el Observatorio de Drogas, a los que deberían anexarse expertos y también incorporar en el diseño de las posibles soluciones la opinión de expertos.

URUGUAY

Ing. Agr. Sergio Vázquez

ADJUNTO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS AGRÍCOLAS (DGSA, MGAP) Y REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE GANADERÍA AGRICULTURA Y PESCA (MGAP) EN LA JUNTA DIRECTIVA DEL INSTITUTO DE REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS (IRCCA). DOCENTE EN UNIVERSIDAD ORT.

Buenas tardes para todos. En primera instancia, quiero agradecer a la Junta Nacional de Drogas por esta invitación como funcionario público perteneciente al Ministerio de Ganadería, que somos quienes tenemos la competencia por norma de otorgar las licencias que mencionaba la doctora. Espero poder estar a la altura del foro, dado que la temática es más de posición y de opinión y mi presencia acá es 100 % institucional (más allá que tengo mis opiniones personales).

Pero bueno, y haciendo un poco honor al título de la presentación la idea es, respetando el título, dar un pantallazo de la situación de la regulación del cáñamo (vulgarmente lo llamamos cáñamo, pero el legislador en la ley lo llamó 'cannabis no psicoactivo' y yo me tengo que regir por eso).

Con respecto a la categorización del cannabis que se introdujo, la ley claramente hizo —o por lo menos es lo que interpretamos desde el ministerio que hizo— esta categoría bien definida: lo que es menos de 1 % de THC y lo que es de más de 1 %, con los diferentes ejemplos para el resto del mundo. Y luego, con los siguientes Dectretos reglamentarios, lo terminó categorizando por los fines o usos: a). investigación científica o medicinal, b). uso no médico y c). recreativo o adulto.

Cabe señalar que entre 2013 y 2014 surge primero el Dectreto 372, que es el Dectreto reglamentario del cáñamo, que sale junto con el Dectreto reglamentario de uso adulto. Y luego, recién en el 2015, sale el del medicinal. Por lo tanto, uno puede interpretar que fue más más rápido salir con este Dectreto.

Hago una aclaración: tuve la oportunidad en el 2020 de hacerle la consulta personal al expresidente Mujica de qué había pensado en su momento cuando el primer expediente que ingresa al ministerio (en el 2006) para la producción de grano, aceite comestible y fibra. Él me confiesa que en su pensar siempre estaban esos tres productos: grano, aceite comestible y fibra; que nunca se le había pasado por la cabeza (que es como terminó pasando) que los derivados o las partes de la planta como las unidades floridas

de cannabis no psicoactivo iban a terminar consumiéndose de forma directa.

Así que esta categorización nos da un pantallazo de cómo la normativa reguló esto. También, cuando intento formarme como ente regulador, cuando veo la normativa del resto de los países de Sudamérica veo que nuestra norma sigue siendo muy buena. Ahí coincido con Peyraube. Es bastante clara, tiene por supuesto cosas perfectibles. Pero cuando estudio la argentina, estudio la peruana, estudio la brasilera, estudio la paraguaya, encuentro grandes vericuetos difíciles, tanto para el operador como para el regulador. Por lo tanto soy un ferviente defensor por lo menos de la nuestra.

Las instituciones aparecen en los tres usos, científico, medicinal e investigación, donde aparecen, y también en lo que yo llamo con neologismo 'uso no medicinal' (por eso incluyo todos los productos que están reflejados ahí en la en la pantalla).

Inase regula ambos usos, porque en definitiva el primer eslabón de la cadena sigue siendo un tema agronómico y genético.

La última resolución que sacó el ministerio fue quizás bastante controvertida, pero era algo que demandaba el sector: la posibilidad de que las empresas nacionales pudieran industrializar la materia prima, el material vegetal de cannabis no psicoactivo. Como en Uruguay algunos de esos derivados o productos de esa industrialización no son autorizados, el mercado no era el nacional, por lo tanto eran otros mercados (después hablaremos de la calidad o de la inocuidad, como tú hiciste mención). Esto es importante porque permitió que gran parte de ese sobrestock que existió en el 2021 tuviera la potencialidad de ser industrializado.

> Mujica me confiesa que en su pensar siempre estaban esos tres productos: grano, aceite comestible y fibra; que nunca se le había pasado por la cabeza (que es como terminó pasando) que los derivados o las partes de la planta como las unidades floridas de cannabis no psicoactivo iban a terminar consumiéndose de forma directa.

Acá intento reflejar cuáles son los departamentos, divisiones, ministerios, direcciones que participan en todo lo que es la cadena de valor. Está pintada en verde lo que hoy se puede hacer; lo de amarillo está en evaluación y en rojo lo que también está en evaluación, pero un poco más atrasado. Ahí simplemente reflejo todos los posibles usos de uso del cannabis no psicoactivo de uso no medicinal para diferentes mercados y cuáles son los departamentos o las divisiones y ministerios que intervienen en toda esa cadena de valor.

Lo que está pasando hoy es que sigue habiendo una predominancia de producción de flor. En la zafra 23 - 24 hay 28 empresas, de las cuales 23 producen flor y un remonte de empresas que quieren producir grano, aceite comestible y proteína o harinas de cáñamo. Pero sigue siendo predominante la producción de flores Hay licencias de comercialización que son de traders y empresas de industrialización: hay cuatro que han manifestado y han obtenido la habilitación del Ministerio de Ganadería para la obtención de extractos aislado de CBD y CBG, terpenos y tricomas, lo que comúnmente en el mundo se lo conoce como kief. Claramente respetando la normativa de que cada producto final (para nosotros puede ser un intermedio que pueda ser final en otro país) sea un producto que tenga menos de 1% de THC y respete lo que dice la definición de cannabis no psicoactivo en la ley.

Estos son los mercados que hemos abierto para la venta de semillas como material de propagación, de variedades tanto con alto CBD como variedades de grano y para venta de flores y de consumo directo.

Cuando yo en algún momento manifesté que el comprador es el que marca la calidad, y cuando hablo de comprador puedo llegar a hablar de un país (yo estoy más familiarizado con productos agrícolas y no tanto como la carne, porque mi dirección es de servicios agrícolas). Sucede que los países compradores establecen requisitos de calidad o inocuidad. Ejemplo típico de Cousa que va para Europa o Francia, que no debe tener determinados principios activos de agroquímicos o no puede tener eventos transgénicos. Esos son parámetros de calidad o de inocuidad de ese producto. Por lo tanto, al Ministerio de Ganadería no solamente le importa, sino que lo desvela cumplir con esos requisitos. Y esos requisitos se acuerdan con protocolos, por supuesto, se negocian con las partes. Ahora, cuando en la administración anterior la embajada a través del embajador Garofali hizo la consulta correspondiente a las autoridades suizas, la respuesta fue las características que tienen que cumplir. Y así lo pedimos para cualquier exportador a ese mercado. En los orígenes lo que pedían era libre de metales pesados determinados, la presentación de información de carga microbiana; y así lo pedimos. Hasta que luego, la misma autoridad Suiza eliminó ese requisito y en lo que claramente puso hincapié desde el primer día era en el contenido de THC. Y bueno, después venía otra discusión que era cómo determinas el THC, pero eso es harina de otro costal.

Entonces, para que quede claro, al Ministerio de Ganadería siempre le importó y siempre le va a importar cumplir con los requisitos del país importador del producto que sea que salga de Uruguay. Ahora, lo que pase con ese producto en otra parte del mundo claramente no es responsabilidad nuestra y el Ministerio de Ganadería tiene una posición promercado, siempre respetando los requisitos del país comprador.

Esa fiebre del oro verde nosotros también la sufrimos. Recuerdo que en el año 2019 conocí personalmente a Pascual, yendo a Colombia para ver de primera mano cómo estaba la fiebre del oro, a 40 grados. Y lo vivimos y lo anticipamos Lo hablamos y sabíamos que iba a ser haber ese pico. Y pasó. Y en la pandemia más todavía, porque en Uruguay empresarios que no estaban allegados al sector agropecuario a falta de movi-

lidad económica o financiera decidieron invertir y eso fue un cóctel explosivo para que tengamos una sobreproducción y una problemática importante en términos de stocks.

Bueno ahí repaso más o menos cómo fue la evolución del área a cielo abierto y en invernáculo (los que están familiarizados con la producción entenderán los motivos) y un resumen de lo que se ha exportado tanto en toneladas como como en valores absolutos. Quien sigue el mercado sabe que el CBD valía 50 USD el gramo en el 2016 y hoy el kilo puede conseguirse en Estados Unidos por 300 USD o menos también. Por eso cuando vimos que el mercado tenía aislados de CBD, por lo menos lo que relevamos es que ningún organismo oficial certificaba ese aislado de CBD o habilitaba la planta o la industria que lo elaboraba, siempre de uso no medicinal, por supuesto. No estoy hablando de aislado de grado farmacéutico, sino de ese aislado de CBD que puede haberse utilizado para productos de consumo humano, como gomitas y demás, o mismo cosmético. Y no encontramos países que habilitaran esas plantas. Nosotros quisimos ser pioneros y me animo a decir que fuimos los primeros que tenemos un protocolo, una guía de habilitación de esas plantas para esos productos.

> Lo que pase con ese producto en otra parte del mundo claramente no es responsabilidad nuestra y el Ministerio de Ganadería tiene una posición promercado, siempre respetando los requisitos del país comprador.

En el 2022 esto vino a romper todo. El MGAP es un ministerio promercado, nos desvela la producción nacional y el estado de los productores nacionales, tanto de productores familiares como de empresas. En 2022 Anvisa (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria) saca la resolución Brasil RDC660 y el mercado americano fue el primero que inundó a Brasil.

Con el RDC 660 la mayoría los productos que están hoy en Brasil entran de Estados Unidos con esta resolución. Quienes hayan visto prensa saben que estos productos que están entrando de Estados Unidos están desde una calidad x hasta una calidad muy mala. Me animo a decir que más del 50 % de la calidad es mala y lo he podido corroborar ahora que estuve en San Pablo.

Cuando digo que esto vino a romper todo, me refiero a que vino a abrir una ventana para que los productores nacionales pudieran exportar. Por suerte la flor la trancaron, ya no se puede exportar flor. Ahora la RDC 660 específicamente dice que son derivados. Nosotros institucionalmente comulgamos más con el espíritu de esta resolución cuando habla de derivados y no de florinatura.

Respecto a qué desafíos vemos nosotros, siempre desde el punto de vista institucional

agronómico, vemos que deberíamos de estar generando variedades para producir biomasa de alto CBD para que la industria (y ahí sí la pongo más amplia: la industria farmacéutica incluida, si es que corresponde) pueda abastecerse de esa biomasa producida a cielo abierto o en invernáculo. Se verán las condiciones de inocuidad que debe tener esa biomasa para ser utilizada con ese fin, pero acá hay un gran desafío desde el punto de vista agronómico: la adaptación de variedades de grano, porque también hemos tenido nuestros tropezones para producir grano para aceite y harina.
Por suerte ya este año hay una empresa nacional produciendo y vendiendo y con registro bromatológico. Así que creo que ese es el puntapié inicial, siendo la normativa del 2020 (la de grano, la de harina y aceite) y sin embargo estamos en 2023: pasaron 3 años para que pasara eso. Claramente las empresas tenían en el foco (y aún lo tienen) en flores.
Y algo más de regulación o más político, donde no solamente no interviene directamente el Ministro de Ganadería pero sí ya con mi gorro de la Junta Directiva de IRCCA: la regulación del uso adulto de flores y derivados de cannabis no psicoactivo. Creo que las autoridades tienen que dar esa discusión técnica y regular ese uso, regular como tenga que hacerlo, pero esa discusión es un debe en la normativa.
De hecho el 120 no incluye el cannabis no psicoactivo de uso adulto. Volviendo un poco a la anécdota, hablando en su momento con jerarcas, no sé si había pasado por la cabeza el uso adulto de la flor de CBD.
En cuanto al sistema financiero por parte de las empresas sabemos que es un debe. Nosotros desde el ministerio estamos intentando, por lo menos con variedades que tienen hasta 0,3 % de THC, que es la luz que da la norma, ver si para las empresas que utilizan ese tipo de variedades puedan tener un poco de aliciente.
Pero es un es un esfuerzo tímido y no tenemos músculo como para poder concretarlo. En definitiva esto es un pantallazo rápido y desde el punto de vista institucional. Me reservo las opiniones personales sobre este tema.
Muchas gracias.

Acotación de la Dra. Raquel Peyraube:

Cualquiera puede tener una opinión, pero quiero aclarar que mis opiniones se derivan de la experiencia que estamos teniendo y de lo que trabajamos en distintos países con los evaluadores y los agentes regulatorios. Y sí, generamos información, generamos investigación. O sea, no es una opinión personal si me gusta el CBD o no me gusta el CBD. Quiero aclarar eso.
Y yo voy a hacerte la primera pregunta, Sergio: ¿Por qué se interpretó que solamente se podía usar para uso adulto con THC? ¿Por qué esa interpretación? Para mí eso es un tema que lo incluyo dentro de la dificultad de tener gente que sepa la parte científica, la parte médica y la parte de uso problemático de drogas o no problemático.
Europa, desde los tempranos 2000, está convirtiendo el uso de los usuarios pesados de

THC a consumo de CBD y nadie le pregunta si se puede producir con THC. ¿Por qué no se podía producir para vender en el mercado local para fumar un churro de CBD? Eso no lo entendí nunca. ¿Por qué no se pudo?
Paradójicamente terminó una vez más ocurriendo igual que los que produjeron bajo licencia de industrial y la mitad de lo que hacían lo vendían localmente o lo vendían ilegalmente a Brasil para uso humano. Entonces ¿dónde está eso que dice que vos no podés producir CBD para uso no medicinal? Porque una cosa es que diga la reglamentación cómo tiene que ser controlado el THC como sustancia fiscalizada internacional.
Otra de las cosas que la gente no termina de entender es el concepto de psicoactivo. Uno de los problemas que tiene este tema es que se confunde lo que dicen las convenciones que utilizan el término restrictivo de la palabra psicoactivo aplicado a ciertas drogas, y otra cosa es lo que quiere decir psicoactividad.

El CBD se vende como un over the counter, como como si fuera paracetamol. Ya hemos visto hipocalcemia en niños con productos de farmacia también, no solo los ilegales.

Psicoactividad, farmacológicamente hablando, quiere decir que una sustancia tiene impacto, que funciona o que produce algún mecanismo o alguna mejoría actuando en el sistema nervioso central. Y el CBD es antiepiléptico, ansiolítico, antianginoso. Hablo Sergio de que falta formación para tomar decisiones. Este es un ejemplo clarísimo. Entonces el CBD se vende como un over the counter, como como si fuera paracetamol. Ya hemos visto hipocalcemia en niños con productos de farmacia también, no solo los ilegales. Cualquiera indica, cualquiera hace y cualquiera dice cosas que no tienen soporte científico.
El CBD es psicoactivo y tiene una acción y es posible ser consumido. Si vos podés tomar cerveza light, ¿por qué no podés fumar cannabis de CBD sin THC? ¿Dónde está escrito?

Respuesta del Ing. Agr. Sergio Vázquez

Me hubiera gustado estar en el 2015/2014 con el Decreto 120. Y lo hemos discutido varias veces con los abogados: es que no se incluyó al cannabis no psicoactivo. Parto de la base que el legislador, cuando definió cannabis psicoactivo y no psicoactivo, lo definió por las convenciones. Y quizás haya que rever eso, pero yo como institución me tengo que regir a la definición que hizo el legislador. Entonces: cannabis psicoactivo/cannabis no psicoactivo; más de 1%, menos de 1%.
Yo doy licencias para cultivar cannabis que en su mayor expresión potencial de flor no excede el 1% de THC. Eso es lo que me permite a mí la ley, lo que me mandata.

Y además el 372 determina que sea el Ministerio de Ganadería el que lo haga. Por lo tanto, la discusión de por qué psicoactivo o no psicoactivo se la dejo a los técnicos. Si hay que hay que modificarla, que la modifiquen; pero yo me tengo que atener a lo que dice la ley en lo que es la definición. Y partiendo de esa definición en el Dectreto 120, que es el Dectreto que regula el uso adulto, no está incluido el no psicoactivo. Es más, dice «cannabis psicoactivo». Entonces al no estar incluido queda un vacío legal. Las empresas me piden poder vender en Uruguay flores de cáñamo de uso adulto y yo digo que no tengo la norma que me permita hacerlo.

Dra. Raquel Peyraube:

Tenés, porque en Uruguay lo que no está prohibido está permitido. Será un debate jurídico, pero es cierto. En Uruguay, lo que no está prohibido explícitamente está permitido. Y de hecho, lo hacen.

Ing. Agr. Sergio Vázquez

Cuando yo hago esa consulta, lo jurídico responde "habrá que normar al respecto" y bueno y pasa el tiempo y no se norma.
De hecho los operadores me han manifestado que esa flor se pueda registrar como una especialidad vegetal, pero Salud Pública se ha negado a registrar esa flor de cáñamo como una especie vegetal. Entonces, llegas a un punto sin salida.
Y, por supuesto, las opiniones personales están basadas en algo. Cada uno se basa en algo: en la formación, puede ser técnica, no técnica, experiencia empírica.

Dra. Raquel Peyraube

¿Vos estás convencido de que esto es una industria agronómica?

Ing. Agr. Sergio Vázquez

Yo tengo competencias hasta el punto material vegetal: en flores que es una actividad agrícola. U hortícola, como dice el artículo 28 de la Convención, que introduce la palabra hortícola. Y tenemos que la definición para hortícola es un cultivo en pequeñas condiciones y de manera intensiva. Y la producción de flores de alto CBD es una producción hortícola si me quiero referir a la Convención.

Acotación de la moderadora:

Muy bueno el intercambio. Creo que en parte esta discusión refleja un poco algunas de las cosas que se mencionaron en la mesa de antes y también en esta mesa. Raquel hablaba algo de la diferencia entre diseño e implementación. Decías algo como que los problemas los identificabas en la implementación. Es cierto que hay problemas en el diseño también, y me parece que esa tensión estuvo presente hoy.

Y está presente también en lo que decía recién que cuando se aprobó la legislación hubo muchos elementos que quedaron sujetos a la reglamentación posterior y hay algunas cosas en las que se ha avanzado más o menos. Lo interesante de esta mesa era complementar; porque la primera mesa era más general. Tuvo un eje un poco más centrado en el cannabis no médico, o adulto o recreativo, y esta tenía un foco más en las otras dos patas de la ley que es el cannabis medicinal y el industrial, que si uno mira la evolución de la posterior reglamentación de la ley, aparentemente son las que han tenido este más lento desarrollo posterior.Si bien faltaron algunas otras presentaciones, me parece que quedaron bien planteadas.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

Primero, me da un poquito de tristeza que falte la mitad del panel en una pata tan importante como es la regulación medicinal, que ha quedado tan perdida y disipada a lo largo de estos 10 años.
En segundo lugar, no ver a la sociedad civil representada en el foro también me da mucha tristeza.
Por otro lado quiero, quiero hacer una aclaración. Porque dos veces, una en esta y otra en la anterior, sentí acerca de los clubes de cannabis: yo tengo una empresa en el rubro de la enseñanza que trabaja brindando asesoramiento a los clubes de cannabis. Soy parte de esto del 'oro verde' (¡está impresionante el oro que hago…!).
Quiero hacer una aclaración, porque van dos veces que lo escucho: sí, los clubes de cannabis pagan impuestos. No directamente, pero los clubes de cannabis hacen un gran aporte económico a la sociedad. A cualquiera que tenga un grow shop lo mejor que le puede pasar es que su cliente sea un club de cannabis, porque le aumenta las ventas tremendamente. Por ejemplo, ese grow shop paga impuestos. El club de cannabis es una asociación civil sin fines de lucro, pero tiene trabajadores y esos trabajadores aportan a la DGI y aportan al BPS. Quizás lo que debería haber es más controles para que eso suceda.
Los clubes de cannabis dieron la primera respuesta al acceso más allá del autocultivo. Ya en 2013 había clubes de cannabis y ni siquiera estaba el IRCCA armado. Entonces, sentir que se criminalice o que se ataque a los clubes, o que se diga que los clubes no aportan nada es un total desconocimiento del funcionamiento de un club cannábico.
Y lo más fácil es hacer un paralelismo con un club deportivo: en un club deportivo uno va a la piscina, paga para ir a la piscina. No va a las reuniones, no va a la asamblea general, va a la piscina. Y si no le gusta la piscina, se va a otro club.
En los clubes de cannabis pasa lo mismo. Sin embargo, a diferencia de una empresa, si yo soy socia de un club cannábico yo puedo elegir, porque el club cannábico es el dueño de la licencia. Entonces si mi equipo de cultivo no anda yo puedo hacer una asamblea para a echar al equipo de cultivo y traer a otro.
Pero no romanticemos los clubes, porque la floricultura del cannabis es un trabajo específico que no lo puede hacer ni cualquiera ni todos juntos regando la plantita. Se contrata a un equipo específico y se le paga, y ese equipo paga impuestos, al BPS, o a veces hay empresas formadas que le pagan a la DGI. Entonces, dejemos de repetir eso de que el club de cannabis no paga impuesto.
Ahora, desde el punto de vista medicinal, por ejemplo, si la gente va al club de cannabis ese no un problema del club; es un problema de la falta de acceso y de regulaciones. Hoy en día en el único lugar que la gente está consiguiendo flores de calidad para hacerse un extracto es en el club de cannabis. Y eso no es culpa del club, es culpa de que no existen vías de acceso económicas buenas.

Entonces, hay que crecer un montón, es verdad, con conocimiento, con academia. Porque si no termina cualquier hijo de Juan Pueblo diciendo «toma cinco gotitas porque a mí me sirvió». Pero el tema es que no hay otra respuesta segura. Entonces está pasando mucho eso. Necesitamos generar más respuesta segura y no clínicas caras y medicamentos caros.
Y por otro lado: más allá de lo que es la potestad del Ministerio de Agricultura y Ganadería, esta nueva resolución del acceso a semillas o a esquejes sí es órbita del Ministerio de Ganadería. Y no puedo entender por qué razón no pueden adquirir los clubes de membresía o autocultivadores plantas con bajo THC. O sea ¿se prohibió el CBD a los autocultivadores? ¿ahora el CBD está prohibido y antes era al revés? ¿Qué pasó? ¿Por qué no puedo fumar, como dice Raquel, una flor de CBD en mi autocultivo? ¿Por qué me tengo que ir a Brasil a comprar un CBD legal para fumar porque en Uruguay no lo consigo?
Y por otro: están vendiendo esquejes y semillas hoy a los grow shops, entonces, me estás criminalizando a las tiendas de cultivo. Los que le han dado los esquejes con THC a las empresas han sido los clubes de cannabis de forma legal. El club de cannabis tampoco está amparado en esta regulación de acceso a semillas o esquejes. Entonces, seguimos negando la realidad y en la medida que sigamos negando la realidad le abrimos la puerta a todo lo ilegal. Y cuando le abrimos la puerta a lo ilegal le abrimos la puerta a la criminalización. Estoy cansada de ir a visitar cárceles en diferentes departamentos en Uruguay con gente que no tendría que estar en cana, que capaz que lo hubieras arreglado con una multa. Y cada uno nos cuesta un montón de dinero. Entonces, ¿cuándo le vamos a dar participación a los usuarios o a la sociedad civil? Le seguimos dando la espalda. Somos nosotros los que decimos a dónde vamos a comprar. Y si a mí me vendes a 7.000 pesos unas gotitas, me voy a ir al productor. Capaz que tiene una contra, pero esos 7000 pesos también tienen una contra en mi economía.
Empecemos a abrirle la puerta a la sociedad civil, por favor. La sociedad civil tiene un montón de empuje. ¿Por qué no están los clubes de cannabis representados en este foro? Está la gente hablando de los clubes y los clubes no están hablando de los clubes. Si fuimos los primeros en dar respuesta legal al mercado.
Perdón que me apasione, pero de verdad me da tristeza que a esta altura, después de diez años, la sociedad civil no está representada en el foro, que debería estar representada, y todo el sistema nos sigue dando la espalda a nosotros, que somos los que le damos respuesta a los usuarios. Sí, capaz que ustedes no son los que me van a dar la respuesta de esto, pero me parece importante plantearlo, porque seguimos en el olvido. Gracias

Comentario de Alfredo Pascual

Noto que uno de los grandes temas del día de hoy es la autocrítica que se está haciendo,

que me parece muy bien que se haga esta autocrítica si sirve de consuelo.
Estas cosas pasan en todo el mundo: contradicciones, restricciones de acceso. En Canadá, por ejemplo, el uso adulto del CBD está legalizado, pero para acceder al CBD se necesita una recomendación médica, si no, no es posible de manera legal. Israel es el principal mercado medicinal per cápita de cannabis medicinal, y sin embargo el CBD también está igual de restringido que el THC. En Alemania se están planificando algunas restricciones, son totalmente absurdas, como que los clubes no puedan contratar empleados.
Lo que quería comentar, y volviendo al tema de la autocrítica y al tema del día de hoy que es la implementación de la ley y la dificultad o las restricciones en la implementación, es una historia personal que pueda bajarlo a la práctica.
Hace unos tres años, en el 2020, quise hacer un experimento y venir a Uruguay con Cannabis medicinal con prescripción. Para contexto, me fui del país hace más de diez años, vivo en Alemania y en Alemania tengo prescripción médica avalada por la autoridad sanitaria. Con eso yo puedo viajar a países donde no es legal ni el cannabis medicinal ni recreativo, pero con cierto trámite me permiten entrar con mi medicamento. Pensé que en Uruguay, donde hasta el recreativo es legal, tendría que ser fácil. Pues no. Arranqué con la embajada uruguaya en Berlín, me atendieron muy bien y me dijeron: «No sabemos de esto». Me recomendaron que fuera a hablar con la Dirección Nacional de Migraciones. Lo hice, y cuando planteé que lo que quería entrar era flor me dio la impresión de que se escandalizaron que el formato de la medicina fuera flor y me dijeron no. «Si venís con flor, por más prescripción que sea, nosotros tenemos la obligación de incautar y reportar a fiscalía». Como se imaginan, vengo a visitar a mi familia un par de semanas; lo que menos me interesa es tener que lidiar con eso. Les planteé por qué el formato flor es el problema y me dijeron: «Bueno, para ese tipo de preguntas más específicas mejor con el IRCCA". Fui al IRCCA, también me atendieron muy bien, me dijeron no para entrar con sustancias controladas al país, más allá de que sea cannabis, es algo de la órbita del Ministerio de Salud Pública, en la Sección de Sustancias Controladas (creo que se llama así). También consulté allí, esto fue a fines del 2020. Y todavía estoy esperando la respuesta. Es decir, si un paciente quiere venir a Uruguay con cannabis medicinal, sobre todo si es formato de flor, es por lo menos bastante complicado o así lo era hace tres años cuando hice el experimento.
La otra opción es el uso adulto. Es legal en Uruguay, y que me corrija alguien, pero mi interpretación del Dectreto 120, creo que es el artículo 32, es bastante clara y dice que el acceso es para uruguayos ciudadanos o residentes. No dice y, dice o. Bueno, yo soy uruguayo, tengo mi cédula vigente. Entonces pienso «Bueno, voy a Uruguay y me registro si hay que registrarme y voy a comprar a la farmacia». Pues tampoco, porque me piden una certificación de domicilio, que no la tengo porque no vivo acá. Entonces la solución es o mentirle a la policía y decirle que sí vivo acá para que me emitan un certificado de domicilio para poder registrarme o nuevamente acceder al mercado ilíci-

to. Y no estamos hablando de cambiar la ley, es implementación.

Respuesta de Raquel Peyraube

La solución es fácil. Hay que sacar el tema de tenerse que registrar para uso adulto. Si no te registras para comprar vino ¿por qué te tenés que registrar para comprar cannabis? O boutiques de cannabis. Yo había planteado oportunamente que hubiera expendios de cannabis, uno por barrio o cada dos barrios, que estuvieran regenteados por ONGs que estuvieran formadas para hacer una venta calificada. «¿Tenés antecedentes de tal cosa, tenés antecedentes…?». Cinco preguntas, eran cinco. «Mirá, te conviene esta variedad». Y ese es el uso informado también para uso adulto; porque hemos visto pibes delirando a todo vapor. Por eso es tan importante la educación de quienes expenden. El cannabistender tiene que estar formado ¿Por qué? Porque está haciendo reducción de daños.

Una de las fallas graves de nuestra política es que creen que reducción de daños es darte un folleto. El que consume coca, lo que hace es hacer un churro y se esnifa los folletos. No sirven para nada. Tenés que tener trabajo de calle, interacción, saber qué le importa, cómo lo usa. Tiene que ser un trabajo personalizado, y eso era una oportunidad privilegiada que teníamos en estos dispositivos que cuando escribíamos la ley yo propuse. Ese un rol que el farmacéutico no va a cumplir.

Como dice Daniel, esto es una ley que tenía tres pilares para pensarse: seguridad, salud pública y Derechos Humanos. Para Mujica era más importante la seguridad y por eso tantos controles que generaron 'ilusión de control'. Y salud pública y Derechos Humanos no fueron los más privilegiados, entonces esa es parte de la revisión que tenemos que hacer. Tenemos que hacer un matching con los pilares deontológicos de la ley. Para cultivar me parece que está bien que se registren. Como dijo Julio, con un registro, sé que tengo el papelito, viene la cana, yo saco el papelito y estoy tranquilo. Entendieron que el registro para producir los protege. ¿Pero por qué para comprar debo tener registro? En ese caso vos hubieras comprado alegremente, como los argentinos, los paraguayos, los bolivianos, los chilenos y todos los que vengan a visitarnos. Van y compran y ya está.

Pregunta 2.

En primera instancia quiero consultarte tu opinión personal con respecto a lo que se habló al iniciar las charlas el día de hoy de que la universidad va a dar un curso optativo para poder estudiar cannabinología y endocannabinología. Creo que ya habla mucho el hecho de que sea opcional.

Y la segunda pregunta, como contexto, tú ya sabes que estamos a cargo de un trabajo de investigación junto a la fundación Pérez Scremini para trabajar con leucemias pe-

diátricas y nos hemos encontrado con una gran falencia a la hora de buscar el origen del material que estamos usando: no tenemos trazabilidad en los productos para poder utilizar. Y más, si estamos hablando de poblaciones pediátricas y del tema de la ética detrás de los productos que tenemos que usar, porque tenemos que hacer un estudio que sea después replicable en el futuro.
Y en el mercado el día de hoy sí podremos conseguir concentrados de CBD, por ejemplo, en la farmacia, pero no contamos con un producto con THC de grado médico para poder usar y que sea replicable después en nuestro estudio.
Al consultar en las diferentes oficinas de autoridades se nos ha dicho que importáramos desde Europa semillas en el bolsillo.
Con todo respeto por los clubes cannábicos, el problema es que no sabemos si realmente es lo que nos están vendiendo, a la hora de hacer el análisis no podemos comprobar o que sea ese el producto, porque han pasado estandarización de la producción, porque es un cultivo artesanal, y está bien que para eso sea de esa manera, pero eso no puede ser abordado como medicinal. Porque el próximo lote no va a tener los mismos niveles de todo lo que tiene que tener.
Y no solo eso, tampoco estamos contando con que la planta es un producto libre de patógenos, que también es sumamente necesario en estos casos.

Respuesta de Raquel Peyraube

Bueno, entonces las preguntas son educación y trazabilidad.
Primero, quiero aclarar que en Uruguay no tenemos productos con más del 1 % de THC. Pero yo creo que uno de los problemas que tienen los médicos es que no sabemos hacer cuentas. Nadie nos enseñó. Pasamos por Estadística y ya nos olvidamos. Pero si vos tenés un producto que tiene 0,6 de THC, tenés 6 mg por ML, que es tres veces la dosis terapéutica inicial. Entonces, no me digan más que no tenemos; es que no saben que tenemos.
Además, esa historia de que uno a uno neutraliza los efectos en el uso agudo. Falta información científica: en el uso crónico, los trastornos cognitivos con el uno a uno siguen. Lo que pasa que los estudios se hacen con dos o tres meses. Pero en el uso crónico, el uno a uno da trastornos cognitivos. Claro que sí.
Los estudios nuevos muestran que el CBD no solo no neutraliza los efectos adversos del THC, sino que aumenta la afinidad por el consumo, por qué inhibe la enzima que degrada al 11-hidroxiTHC. Entonces, si el regulador, si no sabe estas cosas ¿de qué me está hablando? Y el Beta - Cariofileno aumenta la tendencia a desarrollar dependencia al THC. Terpeno. Porque además se asume que el entourage effect siempre es beneficioso. Hay interacciones farmacológicas y estoy hablando de los mismos científicos a los que nos referimos cuando dicen lo que queremos escuchar.
Lo que vos decís de la trazabilidad y del de dónde usar, en Uruguay tenemos productos

de calidad farmacéutica registrados. Y le tendrás que dar más volumen. Sé que en este momento hay en curso una empresa que está registrando un producto con más THC.
El tema de los ensayos clínicos es cierto, queremos investigación pero después tenemos que contar con productos que sean reproducibles. Por definición, darle validez a un estudio tiene que ser reproducible.
Con respecto a educación, la Facultad de Medicina va a ser un curso no obligatorio. Digo, perdón, ¿y vos sacaste de la currícula el sistema serotoninérgico? ¿Por qué en fisiología no damos sistema endocannabinoide?
Tenemos una Academia Nacional de Medicina que sistemáticamente saca informes con sesgo, muchos de ellos con errores estadísticos gravísimos. La Academia de Medicina no está preparada para esto. Entonces no está integrado en la currícula. Alguno da una charlita en neurología, al otro le parece y la da en farmacología. Pero no hay una formación. Y tendría que estar en fisiología como cualquier sistema de neurotransmisión y tendría que estar en farmacología como cualquier principio activo con acción farmacológica. Porque si das drogas y das LCD en farmacología, ¿por qué no das cannabis y cannabinoides?
Yo siempre he estado muy preocupada por la educación. Nosotros ya lo hicimos en la Universidad Nacional de Rosario, y en el ejercicio 2022/23 lo hicimos en la Universidad Nacional Autónoma de México un diplomado internacional. El año que viene ese diplomado va a estar en Uruguay, a costos reducidos, con 250 horas. No es un 'cursito optativo', es un curso de posgrado en el que estamos trabajando para que se transforme en maestría y que está orientado al uso racional de medicamentos, a la investigación y a la producción.
Tenemos a los 70 popes del mundo que repetimos sus estudios, que son los que van a dar clase en Uruguay para toda América Latina. Esa es la educación que los pacientes y nosotros los profesionales y la población general se merece, que es aprender al pensar con libertad, no con la presión de la industria, para poder hacer aportes al sistema político. Pero para eso precisamos recursos humanos.

Pregunta 3

Yo quería hacer dos preguntas. Una relacionada al Reglamento Bromatológico Nacional, ya que tenemos inscriptos los aceites de grano de cáñamo, o de cannabis, como queramos entenderlo. ¿Cuáles serían los riesgos o las amenazas que generarían que al Reglamento Bromatológico Nacional se agregara el aceite de flores de cannabis o de cáñamo en bajos contenidos de THC?
Y la otra es saber su opinión respecto a la dificultad que hay en el Departamento de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública a la hora de llevar a cabo el registro y la autorización del producto final de flores, tanto medicinales como de cáñamo. Entendían algunos de los panelistas que no había limitaciones legales para hacerlo.

Respuesta de Raquel Peyraube

Si las hay. Y en realidad no son limitaciones legales, sino que son limitaciones burocráticas.
Para el registro en principio no deberías tener ninguna dificultad. Si tú, estando en la cadena productiva, estás produciendo un medicamento en base a cannabis y cannabinoides, que es de origen natural, o sea es un fitoterápico, si cumpliste con las pautas de GMP y GACP y luego en la extracción producís de acuerdo a las buenas prácticas de manufactura, tenés que presentar un dragmaster file, el archivo, la monografía de tu producto, que será evaluada. Te harán observaciones, pero de hecho tenemos ya otros productos registrados.
En principio las dificultades estarían del lado del productor, en cómo lo hace.
Hay empresas que me dicen «No, doctora, yo tengo una empresa GMP, la estoy montando…». Entonces no tenés nada GMP, porque lo que es GMP es el proceso. Tenés que tener la industria formada, montada y unos 6 meses de funcionamiento. Y ahí se te va a certificar si el Ministerio de Salud o la agencia competente en cada país si tú estás produciendo de acuerdo a las buenas prácticas de manufactura de un medicamento.
Esos son los obstáculos y las dificultades, que en realidad es como se producen todos y como se han registrado. Acá tenemos cinco empresas que tienen ocho productos.
Con respecto al aceite, te lo voy a contestar primero con un chiste: ¿Vos estás haciendo aceite con paracetamol para ponerle a la ensalada o para cocinarte un brownie? ¿Y por qué el CBD, que es un medicamento, tendría que estar en algún alimento?
Esa historia del uso del CBD para alimentos es la presión de una mala industria. Yo no estoy en contra de la industria, pero la industria está al servicio de la política pública, no al revés.
De hecho en Europa no lo lograron, no tuvieron éxito. Y la FDA tampoco se los permitió. En Estados Unidos ha presionado para vender CBD wellness. El único país que en este momento lo bajó de 70 mg por día a 5 mg por día es Inglaterra; no hay otro país en el mundo que permita el uso de CBD como suplemento alimentario. ¿Por qué? Porque no es un suplemento alimentario. El problema que tiene la gente es que hace cosas sin formarse para hacerlas. Entonces no sabe lo que es un suplemento alimentario. Un 'suplemento alimentario' es un producto, un compuesto, una molécula que es esencial para la vida normal (no de enfermedad, normal) de las personas y que cuando está en déficit la debemos suplementar de afuera: vitaminas, minerales, proteínas. Esos son suplementos alimentarios.
Vender aceite de CBD para que sea comestible, cuando es hepatotóxico en dosis acumulativas… Si no le ponemos paracetamol a la comida, ¿por qué le tenemos que poner CBD? Eso es presión de una industria mal educada.

Después saltó el asunto de las novel food. De las 70 licencias que se presentaron en Europa quedaron solo dos, no pudieron pasar porque no pudieron documentar que efectivamente no lo es. Porque por definición (EFSA, la Food and Drugs y la OMS) una novel food es un producto que nutre, no se confunde por definición con un medicamento. El CBD no es eso. Que a la industria le interese producirlo, yo puedo entenderlo. Pero no estás produciendo fenobarbital para ponérselo a la comida, ni estás produciendo valium para ponérselo a la comida.
El cannabidiol, para mí como médica, es un maravilloso medicamento. Eso no quiere decir que sea inocuo y por lo tanto no entiendo por qué tiene que ser un suplemento alimentario. Esta es de la educación de la que yo hablo, que es una educación que no ocurre. Porque se enteran en el website del banco de semillas, en el coso no sé qué, y no están entendiendo la profundidad que tienen algunos conceptos y el impacto que puede tener en salud pública.
Por ejemplo, si tú produces alimentos con CBD y es un suplemento alimentario, ¿por qué el niño no los comería en la casa? Si tiene una epilepsia, yo no tengo problema, no me tiembla el pulso en subirle la dosis. Pero, ¿por qué un niño que tiene el sistema nervioso en desarrollo tendría que tomar CBD, que va a interferir, como ya lo sabemos, en el neurodesarrollo, en la diferenciación neuronal y en la migración?
Estas son las cosas de las que no estamos hablando. Y por eso me parece que este foro es maravilloso. Estas son de las cosas que la gente no sabe.

Respuesta de Ing. Agr. Sergio Vázquez

Como director del IRCCA, aceptamos que de repente quizás algún párrafo del instructivo no sea lo más feliz y estamos con respecto a esas relaciones que tú decís que claramente ya he recibido esa consulta y estamos en proceso de modificar o aclarar para arrojar luz y modificar lo que tenemos que modificar. Por el lado de esa relación que tú decías.
Ahora, como dije, a mí me insisten en que se pueda vender semillas de CBD. Y, bueno, lamentablemente hasta que no se ocupe ese vacío legal o no se reglamente o no se regule, no vamos a poder hacerlo. No es un tema de voluntad, es un tema de que se requiere cambiar la norma para poder hacerlo.
Ahora, bien, con respecto a al tema del material de propagación (me gusta llamarlo así, porque puede ser de esquejes, semillas, plantines) nosotros de diciembre del año pasado a este dimos de alguna manera bandera verde para quienes quisieran registrar las variedades de las que están convencidos que son homogéneas, estables, diferentes, lo pudieran hacer a través de una licencia de investigación, para la cual también habíamos bajado el costo en el IRCCA. Eso fue hace un año atrás.
Después, hace cuestión de un mes y pico atrás, se sacó la licencia de semillerista o

viverista, como quieran llamarla, cuyo objetivo era justamente para quienes estuvieran registrados (ya hay variedades de THC registrados en Inase) pudieran importar esa semilla legalmente. Importar con el fitosanitario que corresponda, por supuesto, y luego, si tiene licencia de cultivo acá, cultivar y vender el plantín Si tiene licencia de comercialización de semillerista, importar esa semilla y venderla ¿A quién? A un autocultivador, a un club cannábico o a un grow shop.
Entonces, si bien este instructivo tiene mejoras para hacerle, hoy se puede hacer: o sea, hoy hay variedades registradas en Inase que se pueden importar por parte de una empresa que tenga licencia de semillerista No hay ninguna limitante para hacerlo.
Si tenés variedades acá y demostrás y que es homogénea estable diferente, la registrás automáticamente; ahí no hay ningún problema, porque con licencia de semillerista vendes. Estamos hablando con THC, por supuesto.
Ahora, el tema fitosanitario empezó a ser un problema al principio, pero hoy con nuestro par, la DGSA (la Dirección General de Servicios Agrícolas), con nuestro par la ONPF del otro país, ya hemos tenido negociaciones y no hay inconveniente. Desde punto de vista fitosanitario no hay limitantes. Puede haber otras, pero no fitosanitario. Así que esa barrera no existe. Hoy si tú tenés una variedad registrada en Inase y la querés traer de un país (que está ya obviamente registrado como material) fitosanitariamente no hay problema.
El grow shop puede sacar una licencia de semillerista y vender plantines. Lo que se acordó en la junta es que el grow shop per se no pueda esquejar ahí en su propio local. Pero que pueda tener otro sitio donde hacerlo.

Respuesta de Raquel Peyraube

Asociado al tema del CBD en los alimentos, quiero llamar la atención sobre otra forma en que la industria, en su afán de hacer profits, que no está mal que lo hagan, está metiendo la historia del CBD en el wellness (el bienestar, se dice en español).
Ahora, ¿qué es el bienestar, qué son las medidas de wellness? Son todas las medidas higiénicodietéticas que no incluyen medicación para mejorar la salud.
¿Por qué tenemos que meter el CBD en el wellness? Porque quieren vender. Es una forma de saltarse la prescripción y de vender. El wellness es yoga, meditación, cambios de la dieta, cambio del hábito de vida. No incluye el uso de medicamentos. ¿Por qué tendríamos que incluirlo? Es una forma camuflada de promover la automedicación y después nos toca juntar los pedazos de los pacientes que vienen con esas secuelas.
Quedan muchas cosas por intercambiar. Esto sigue, no se termina acá. Así que gracias a todos por venir.

JORNADA 2

ARGENTINA

Dr. Facundo Álvarez

DIRECTOR MÉDICO ANANDAMED, INSTITUTO ESPECIALIZADO EN ASESORAMIENTO Y TRATAMIENTO CON DERIVADOS DE LA PLANTA DE CANNABIS SATIVA L. COFUNDADOR Y VICEPRESIDENTE DE CANNAMERICA

Gracias, buenos días a todos y a todas. Muchísimas gracias por estar aquí presentes. Quiero agradecerles, también en nombre de Cannamerica, a Daniel Radío y a todo su equipo por la invitación y por el recibimiento. La verdad que nos sentimos muy cómodos en Uruguay. Para nosotros es un honor estar aquí presentes, sobre todo en un aniversario tan importante, no solamente para Uruguay, sino también creo que para todos los países de la región latinoamericana. Cuando nosotros comenzamos este camino de la educación en cannabis medicinal y de los diferentes modelos regulatorios, siempre tomamos a Uruguay como un modelo a seguir. Y, bueno, lo va a seguir siendo, por supuesto. Esperamos que en algún momento nuestros países puedan tener una visión tan humanitaria como la de Uruguay.

La idea es que hablemos resumidamente, muy en general, de lo que fue la historia de la regulación en Argentina a través de los últimos años, sobre todo de la última década, como para trazar un paralelismo con lo que sucedió con la regulación en Uruguay.

En ese interín, con el estudio de esos paralelismos, una de las razones por la que nosotros decidimos formar Cannamerica fue que cuando trabajamos en conjunto con diferentes profesionales vimos que todos teníamos los mismos problemas relacionados al acceso a la información y a las libertades. Entonces, yo creo que una de las coincidencias era que todos los países teníamos diferentes contrastes desde el punto de vista social y político, desde los recursos naturales, los recursos económicos, por supuesto los culturales y religiosos. Y todos estos factores van a afectar lógicamente los modelos regulatorios de cada país.

No encontré muchas similitudes entre las leyes de Argentina y las leyes de Uruguay, porque evidentemente hay una visión muy diferente en muchas cuestiones (en otras, no tanto).

Me llamó la atención, investigando en un libro que se llama Marihuana; la historia, de un especialista en política de drogas como Fernando Soriano, donde los estudios

mostrarían es que el cannabis llegó a Sudamérica a través de los esclavos que llegaban de África del oeste, y principalmente llegó a Brasil a Uruguay y Argentina. En ese momento, a la utilización de cannabis se le llamaba pango o pito de pango, porque lo utilizaban en pipa. Sobre todo su uso se expandió mucho a todo lo que era la región de Uruguay y la región de Argentina, y con mucha similitud, sobre todo porque gran parte de la población era afrodescendiente y la utilización de cannabis era exclusivamente de las clases bajas, de la clase trabajadora. Estaba muy mal visto por la clase alta.

Entonces, a mí me llamó un poco la atención que los inicios fueron bastante similares sobre todo entre Argentina y Uruguay (porque en Brasil luego se prohibió). En esta región sobre todo se explotó la utilización de la fibra y avanzó hasta lo que se da en la actualidad, donde vemos que también Argentina y Uruguay, a pesar de tener regulaciones muy diferentes, tienen una prevalencia de consumo muy similar y vemos que es muy similar el consumo de cannabis.

> Una de las razones por la que decidimos formar Cannamerica fue que cuando trabajamos en conjunto con diferentes profesionales vimos que todos teníamos los mismos problemas relacionados al acceso a la información y a las libertades.

Tal vez el primer punto importante a destacar es que Argentina, Uruguay y muchos países de la región latinoamericana tienen una prevalencia alta de consumo de cannabis, por lo que la necesidad de una regulación nos parece muy importante. Por eso me interesaba mostrar un poco este paralelismo que encontré, que es bastante importante.

Hablando específicamente de Argentina, podríamos decir que nuestro modelo regulatorio ha experimentado diferentes cambios en los últimos años, sobre todo en la última década. También hemos pasado por diferentes decisiones de tipo judiciales, por la promulgación de diferentes leyes que han creado diferentes tipos de instituciones encargadas de la regulación en el país. Y bueno, no podemos negar que gran parte de nuestro avance y de nuestro crecimiento fue a través de lo que es el uso terapéutico y no tanto del uso adulto responsable.

No tenemos como muchos hitos importantes en la regulación Argentina. En comparación con lo que fue el avance de los modelos regulatorios a nivel global podríamos decir que hay como tres hitos importantes en cuanto a las tres leyes principales. Ya vamos a hablar un poco más a fondo de esto.

A mí me interesaba mostrarles una breve cronología sobre algunas situaciones especí-

ficas muy importantes que sucedieron en Argentina, sobre todo en el año 1986 y 2009, donde hubo detenciones de personas que tenían cannabis para consumo personal. A través de diferentes recursos de amparo a diferentes leyes, amparándose en el derecho de las libertades, pudieron ser sobreseídos.

Otro hito, tal vez el más importante, es la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes o la denominada 'Ley de Drogas' en Argentina, que es del año 1989 y hasta el día de hoy sigue estando vigente.

Después lo cambiaron, pero hasta hace unos pocos años la ley de Argentina figuraba con la multa en australes una moneda que no se usa en Argentina desde hace muchísimos años. Entonces esto también nos habla de que tenemos una regulación muy antigua y que es una ley que viene desde el año 76, en plena dictadura; tiene un enfoque prohibicionista.

Para conocer algunos puntos importantes de esta ley, simplemente les comento que en nuestro país el derecho penal regula el cannabis como un estupefaciente o como un psicotrópico y la ley define al estupefaciente como una sustancia que genera dependencia física y psíquica. Simplemente es una sustancia que genera dependencia. Entonces, ya desde el vamos, desde el inicio, estamos viendo que hay un enfoque muy prohibicionista.

Luego un Dectreto del año 2010 ya habló del cannabis, de la resina, de los extractos y las tinturas, etcétera, etcétera.

En Argentina la ley de drogas es muy particular, realmente es muy particular, porque no está prohibido, no está penalizado el consumo, sino que está penalizada la tenencia para el consumo. Y aquí surge el concepto que hasta el día de hoy se sigue utilizando, lamentablemente y por el que nosotros estamos abogando que cambie en el país.

En Argentina tenemos tres tipos de tenencia: la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia para fines de comercialización. Siendo una ley bastante poco clara, porque hace una diferencia entre simple, consumo personal y comercialización. Y eso lo decide el juez y queda criterio del juez. No existe una parte de la ley que diga que hasta tantos gramos o hasta tantas plantas; todo queda a disposición del juez.

Y una de las características tal vez más importantes de esta ley, que a mí siempre me llamó la atención, es que cuando se produce una detención por tenencia, por consumo o por una supuesta comercialización en el país se establecen medidas de seguridad curativas y educativas como un complemento o como un sustitutivo de la pena que el juez decide. Y ese juez es el que decide si la persona que está imputada va a ser derivada a una clínica donde se va a rehabilitar o va a ir a la cárcel. Y si esa persona se rehabilita, el juez va a evaluar si realmente esa rehabilitación fue eficaz, a su consideración, lógicamente, porque estamos hablando del criterio de un juez con muchos informes de toxicólogos, psiquiatras y médicos. Y luego de dos años, el juez decide si ese paciente o, mejor dicho, ese imputado va a seguir con rehabilitación, si va a ser sobreseído, pero con controles periódicos, o si va a ir a la cárcel.

Estos jueces deciden y toman decisiones médicas, toman decisiones que no tienen nada que ver con su ámbito. Pero, bueno, estamos abogando para que esto cambie.

Podríamos decir que es una ley que tiene un eje punitivo por un lado, porque se deciden penas, pero por el otro lado se define una rehabilitación. Estamos entonces yendo a dos ejes de una misma persona. Esto es algo muy complejo también.

Es una ley que sobre todo se concentró y se concentra en las sanciones punitivas para el usuario de sustancias; no va a la venta, no va exclusivamente a quién o a quiénes producen la oferta.

Y una de las características de la ley que a mí me llama mucho la atención es que —y esto es algo que conocemos— al usuario de sustancia se lo cataloga con cierto estereotipo social negativo y en la ley se habla de que quien consume sustancias es una o un «delincuente». Entonces, ya ni siquiera es 'usuario', se lo nombra o como 'adicto' o como 'delincuente' y se lo juzga como un delincuente. Me parece que es algo que deberíamos cambiar.

Una de las características de la ley que a mí me llama mucho la atención es que —y esto es algo que conocemos— al usuario de sustancia se lo cataloga con cierto estereotipo social negativo y en la ley se habla de que quien consume sustancias es una o un «delincuente».

Por eso me interesaba mostrar este paralelismo también, porque yo lo comparo con la ley de Uruguay, leo cómo es la regulación, hablo con colegas que me comentan cómo funciona esto acá. Entonces uno lo mira y piensa qué sería bueno tener una visión similar para que exista este cambio, sobre todo basado en los Derechos Humanos y que a las personas no se las considere un peligro social.

A mí me interesaba simplemente que ustedes conozcan lo que dice el artículo 19 de la Constitución Nacional:

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública ni perjudiquen a terceros está están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la nación puede ser obligado a hacer lo que no manda la ley ni privado de lo que no prohíbe.

Me interesaba mostrarles esto porque es un artículo que se utiliza mucho en las detenciones. Ya vamos a ver esto un poco más a fondo, pero en Argentina las mayorías de las causas que se inician, las mayorías de las detenciones por consumo personal,

por autocultivo para consumo personal, son causas penales con condenas de 5 a 15 años; por tener dos o tres plantas en el fondo de tu casa. Entonces este artículo habla de la autonomía de voluntad y es el argumento que se utiliza en muchas causas penales, las que sobre todo suceden por tenencia simple. Esto me pareció un hito muy importante: en Argentina, y hasta el día de hoy, se sigue respetando mucho este artículo. La ley dice una cosa, pero la Constitución dice otra. Entonces, hay como visiones muy antiguas y otras un poco más modernas, pero la ley no cambia, no se discute. Se habla de que se va a discutir, de que se va a cambiar, de que van a cambiar algún artículo, algún punto, pero los jueces siguen decidiendo el destino y el futuro de un usuario simple.

> Nuestro Plan para el Abordaje Integral parecía como absolutamente perfecto y parecía un hito, pero no pasó a mayores, nunca hubo recursos.

Hubo un cierto avance en el año 2014 cuando en Argentina surge lo que se conoce como el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. A nosotros nos pareció muy importante, porque aquí se incorpora la categoría del consumo problemático y se empieza a hablar, se empieza a nombrar un poco más la frase de reducción de daños. Hubo como mucho ruido también porque se hablaba mucho de Uruguay entre los años 2013 y 2014 de que «¡cómo iban a regularizar la marihuana! Estos uruguayos están locos… El país se va a partir en dos». Y hoy lo vemos, diez años después, y no podemos creer el éxito que tuvo. Y cuando vinimos acá y conocemos cómo es la dinámica de la regulación nos parece absolutamente interesante y sobre todo coincidimos en las políticas de reducción de daños.

En los papeles, nuestro Plan para el Abordaje Integral parecía como absolutamente perfecto y parecía un hito, pero no pasó a mayores, nunca hubo recursos. La verdad es que en Argentina suelen suceder estas cuestiones. Entonces, la ley está, el plan está, pero no hubo mucho avance. Y a pesar de estas leyes y de estos cambios, nosotros seguíamos viendo que en el país seguían sucediendo lo que conocemos —y lo que vemos en todos los países, sobre todo en la región latinoamericana—, como la denominada 'guerra contra las drogas".

Argentina siempre fue un país 'soldadito', como decimos, que siempre estuvo muy atento a las Convenciones, nunca se salió del libreto, siempre fue un país muy políticamente correcto, teniendo como ideal normativo la abstinencia que es la guerra contra las drogas que conocemos todos, con la desintoxicación incluida para estos usuarios. Su principal eje político era la erradicación de las drogas, lo que generaba cada vez mayor recurso para la lucha contra el narcotráfico, mayor penalización, mayor estigmatización, mayor incremento de la punitividad también y un mayor gasto del Estado.

Pero la verdad es que los cambios de las leyes no mejoraron nada. El consumo creció, el control del Estado también. Esperamos que en algún momento esto pueda cambiar, pero Argentina también sigue teniendo el punto de vista penal y esa visión prohibicionista independientemente de la parte terapéutica —de la que ya vamos a hablar un poco también—.

Una de las banderas del gobierno siempre fue la lucha contra el narcotráfico y eso es algo que también vemos que sucede de forma similar en muchos países de la región: muchas detenciones en la vía pública por causas penales por tenencia, por tener medio cigarrillo de marihuana o por tener 2 gramos.

Se destinó mucho dinero a la lucha contra narcotráfico: allanamientos, mucha movida de prensa mostrando el poder que tenía el Estado en cuanto al castigo para el cultivo, para la tenencia y para el consumo también. Hubo una campaña, podríamos decir, de temor bastante intensa.

A mí me interesaba mostrar esta foto. Es una foto de un allanamiento que se hizo en Misiones, donde había una propaganda muy grande sobre la política de Estado y la lucha contra el narcotráfico. Dos días después de que empezó esta campaña se hizo una detención un poco sospechosa, porque coincidió con este programa también, donde se incautaron estos ladrillos de marihuana prensada. La incautación fue en la frontera entre Argentina y Paraguay. Y hubo mucha polémica, porque se sacó una foto en la que los policías habían puesto Argentina en narcotráfico. Bueno, se decía que era una movida de prensa, siempre muy arraigada la propaganda del Estado hablando de su lucha contra el narcotráfico. Empezó una campaña en redes sociales en Argentina en la que, cuando se incauta alguna sustancia prohibida (marihuana, cocaína, etcétera), que por ley todo eso se tiene que quemar, invitaban a las personas a través de las redes sociales a que presenciaran las quemas.

A mí esto me pareció muy particular y me pareció interesante mostrarlo porque yo no podía creer que el Estado y el Ministerio de Seguridad invitaran a personas y subieran videos de personas que iban a los hornos y miraban cómo quemaban cocaína. Estaban cinco minutos y se iban y se sacaban selfies. La verdad me pareció muy particular, yo nunca había visto algo similar así en ningún país: que un Ministerio de Seguridad, a través de Instagram, invite a las personas a una quema de drogas.

Entonces, esa lucha también se trataba de visibilizar mucho y los números los mostraban donde nosotros vemos que las prevalencias de los hechos registrados por detenciones cada vez iban aumentando y este es un gráfico de un experto en política de drogas de Argentina Emilio Ruchansky que muestra que en el año 2019 (este es el dato más reciente que encontré) más del 50 % de las detenciones eran por siembra y por consumo personal de cannabis —el 12 %, casi el 13 %, por tenencia simple (que se puede interpretar como consumo personal también) y el 23 % por otros (no me pregunten qué significa 'otros', porque no está aclarado, pero ese 'otros' también uno puede interpretarlo como que es de consumo personal o tenencia simple) y menos del 10 % por causas

por comercialización.
Fíjense lo grave que es esto en cuanto a que la mayoría de las detenciones son por usuarios de consumo personal y la mayoría con cantidades muy pequeñas de cannabis. Estamos hablando de 2, 3, 4 gramos.
Aquí, quien decide es el juez, quien decide el tipo de tenencia es el juez y dependiendo los factores que tengan en cuanto a la causa, el juez decide si es tenencia simple o tráfico. Si yo hago repostería y tengo tres balanzas para pesar lo que cocino y encuentran marihuana en mi casa y ven las balanzas, dicen «él vende, porque tiene balanzas» y por más que no haya otra prueba entonces eso queda a disposición del juez.
También hay algo absolutamente grave y a pesar de la prohibición, a pesar de la punitividad, a pesar de perseguir a los usuarios y a los cultivadores (algo que conversábamos con los colegas de Perú, de Chile, de Colombia, y es algo que sucedía tal vez mucho más antes y no tanto ahora, pero que igualmente se ve muchísimo) es ver, por ejemplo, que por Mercado Libre se vendía aceite de cannabis medicinal para la artritis exclusivamente; no era para dolor ni para artrosis, era exclusivamente para artritis. Bueno, esto lo conocemos muy bien todos. La marihuana prensada es un tipo de cannabis que en Argentina se vende muy barato, es muy accesible y tiene un costo muy bajo y se lo consigue en cualquier lugar.
A mí me tocó atender pacientes que hacían aceite de cannabis a partir de marihuana prensada, pero no tenían acceso a flores, entonces, o convivo con dolor o hago aceite de cannabis prensado.
Entonces, estamos hablando de reducción de daños y me parecía siempre interesante acompañar a estos pacientes. Y si ustedes van a Argentina van a ver que en el transporte público, en el bus, en las peatonales, en las calles siempre va a haber personas que venden cremas de cannabis. Te venden aceite de cannabis, te prometen que es la cura milagrosa que te va a calmar todos los dolores. Ya mí me parece muy gracioso, porque la policía pasa caminando al lado y no hace nada; para ellos es algo común. Pero ven a alguien fumando en la calle y eso es una causa penal. Entonces ahí hay como una visión muy compleja, muy diferente y el mercado negro, mercado gris mercado no regulado, como le quieran llamar, sigue estando muy en alza, cada vez es más.
En los últimos días de trabajo vimos que también en Uruguay el mercado no regulado es algo importante que aún no se puede erradicar. Entonces si ustedes que tienen diez años de una ley y tanta cultura cannábica, aún siguen teniendo esa dificultad, si en Uruguay también el mercado gris sigue estando muy en alza, imagínense lo que es en Argentina, un país tan grande, con tantos usuarios.
Desde mi experiencia hablo también como médico. Yo me dedico a la atención clínica en usuarios de cannabis y uno tiene que acompañarlo al paciente. Porque si él me dice que consume aceite de cannabis prensado y yo no le puedo decir «no, el prensado es una porquería», está bien trato de decirle que consiga flores. Pero si el paciente no tiene los medios económicos ¿qué hacemos? ¿Le seguimos dando seis pastillas de Tramadol

por día?
Tal vez a mí lo que me interesaba mostrar son los grandes avances que tuvimos en el país. Yo creo que los grandes cambios que tuvimos en Argentina fueron a través de los movimientos sociales. Tal vez no tuvimos desde el inicio una voluntad política muy marcada de querer cambiar la regulación, de querer cambiar la ley, pero a mí me parece que el movimiento social en Argentina fue absolutamente importante.
Bueno, la Marcha Mundial de la Marihuana convoca cada vez a más personas. La última vez fueron más de 200.000 personas en Buenos Aires. La verdad que el trabajo de asociaciones civiles, de organizaciones no gubernamentales que están, que ayudan a personas que están presas por cultivar está muy arraigado. El consumo social de cannabis es muy grande en Argentina, la comunidad cannábica y esa comunidad civil están muy unidas y trabajan muy en conjunto. Fue una de las responsables de este cambio de la ley.

El consumo social de cannabis es muy grande en Argentina, la comunidad cannábica y esa comunidad civil están muy unidas y trabajan muy en conjunto. Fue una de las responsables de este cambio de la ley.

Los movimientos sociales fueron muy importantes, pero también empezó a haber otro movimiento del usuario, de la usuaria, del familiar, del cannabis medicinal. Entonces se levantó mucho la voz también para el uso medicinal. Es inevitable, si nosotros hablamos de regulación en el país tenemos que hablar del uso médico de cannabis. Empezaron a haber marchas exclusivamente para uso terapéutico. Esta es Nora Coriñas, una abuela de Plaza de Mayo que es muy querida en la comunidad cannábica.
Empezaron a ver diferentes actores que tenían llegada a los medios de comunicación, a los medios televisivos, medios de prensa que empezaron a abogar por un cambio en la ley de cannabis. Los medios de comunicación también empezaron a mostrar historias de usuarios de cannabis, niños con autismo, niños con epilepsia, que en todo este momento fue lo de Charlotte's web, entonces como que empezó a haber una movida de prensa bastante interesante en Argentina.
Me interesaba mostrarles esto, que fue la publicidad del primer posgrado en Endocannabinología en Argentina. Cambiaron muchísimas cosas, empezó a haber mucha más voluntad política, muchas más facilidades. A nosotros los médicos se nos abrieron muchas puertas, no solamente para capacitarnos, sino para capacitar a otros médicos también y lograr que el paciente se anime a venir a la consulta. Porque el prejuicio del uso de cannabis también está muy arraigado en la tercera edad, en el señor o la señora que tiene dolor crónico hace veinte años y entra al consultorio caminando y te dice:

«Yo no quiero fumar». «No me quiero volver loca». «No quiero que me salgan rastas y terminar escuchando a Bob Marley». Hay un prejuicio muy grande. Hace casi siete años que hago consulta médica que yo con cannabis y ¡se escucha cada historia, cada prejuicio! También hay una desinformación tremenda.

A mí me pareció muy importante aquí el papel de universidad. Porque si la universidad lo enseña, por más que sea en un curso, por más que sea algo optativo, por más que sea una diplomatura de 20, 30 horas cátedra, ya estamos hablando de otra cosa. Entonces le dio un respaldo muy diferente al movimiento, sobre todo en salud, por supuesto. Y bueno, tal vez nuestro hito más importante fue en el año 2017 con el surgimiento de la Ley 27.350 de Investigación Médica y Científica, cuyo objetivo principal es establecer un marco regulatorio para la investigación médica y el uso científico, medicinal, terapéutico y paliativo del dolor mediante la planta de cannabis. No voy a entrar muy en detalle en cuanto a la ley, simplemente contar que el Estado hablaba de crear un programa nacional de investigación de cannabis y sobre todo en centrarse en la capacitación del profesional médico, que era tal vez la pata más débil que teníamos.

Y bueno, tal vez nuestro hito más importante fue en el año 2017 con el surgimiento de la Ley 27.350 de Investigación Médica y Científica, cuyo objetivo principal es establecer un marco regulatorio para la investigación médica y el uso científico, medicinal, terapéutico y paliativo del dolor mediante la planta de cannabis.

En los años 2017/2018, la cantidad de consultas que teníamos era increíble y no dábamos abasto. Yo atendía pacientes de Tierra del Fuego, de Chubut; atendía pacientes del norte… Fue algo como masivo; hubo muchísima información también a través de las redes sociales. Uno veía las redes de los movimientos cannábicos todos los fines de semana; existían charlas de cultivo, charlas de extracción de sistema endocannabinoide. Y todo el movimiento fue social, fue pura y absolutamente social. Es más: los movimientos sociales apoyan (apoyamos, porque yo también me considero parte) al Ministerio de Salud en materia de regulación del cannabis. Entonces, a mí me parece que fue un hito muy importante, porque no fue absolutamente político ni la voluntad ni el cambio, sino que hubo mucha influencia de las madres y los padres de quienes cultivaban, de usuarios de cannabis recreativo de uso adulto, ONGs de presos y presas por cultivar. Hubo un enfoque interdisciplinario en la ley médica, en la ley

de uso terapéutico. Después se hablaba de que el Estado iba a proveer el Cannabis de forma gratuita y de que se iban a crear condiciones necesarias para la investigación clínica.

Ayer conversábamos de eso con los colegas del Ministerio de Salud: de lo difícil que es hacer investigación clínica por los comités de ética, por todas las trabas burocráticas que tenemos. Entonces prohíben el uso de cannabis porque dicen que hace daño y no te dejan demostrar que en realidad el daño es casi inexistente si se usa de forma correcta, pero que el beneficio terapéutico es muy grande. Tampoco nos dejan demostrar eso.

Y tal vez uno de los hitos más importantes fue que en el año 2020 el Estado saca un Dectreto que crea en el ámbito del Ministerio de Salud el registro del programa de cannabis o el denominado Reprocam, que tiene como característica principal que es un registro médico; es un registro terapéutico donde quién se registre sí o sí necesita una consulta médica con una indicación médica. No necesariamente una prescripción que diga tanto THC tanto CBD, sino respaldando ese uso terapéutico. Luego de la historia clínica, se hace firmar al paciente un consentimiento informado donde él se hace responsable del destino de su cultivo, que es para un fin lícito, que es para un fin terapéutico Y nosotros, a través de una declaración jurada, hacemos un resumen de la historia clínica, por qué se justifica el uso terapéutico de ese paciente. Eso se sube a una plataforma digital y todo queda dentro del ámbito del Ministerio de Salud cuando el Estado te aprueba.

Cada persona puede inscribirse y tiene diferentes ejes para inscribirse. Tal vez uno de los más utilizados, o de los que más renombre tiene, es el de inscribirse como paciente que hace autocultivo: uno tiene la autorización para cultivar cannabis en su propio domicilio. Si quiere puede fumarlo, vaporizarlo, consumirlo en aceite o resina o tenerlo como uso ornamental. Uno puede cultivar en su propio domicilio.

Existen otras dos figuras:

· El responsable a cargo: donde una persona actúa como representante legal de una persona en tratamiento. Aquí tal vez ingrese el paciente pediátrico o un paciente que no es capaz por sí mismo (por ejemplo, en los pacientes con demencia); generalmente un familiar o alguien de confianza cultiva para esta persona.

· El cultivador solidario: que tal vez también es muy común, sobre todo yo lo veo mucho con el adulto mayor que empezó a utilizar cannabis porque el nieto o la nieta cultiva cannabis y le dijo: «Mirá, probé esto para el dolor y sí, mira que me hizo muy bien».

Nosotros vimos que cuando surge la ley médica y cuando surge el permiso que a vos te permite cultivar y te permite transportar, se llenó la consulta de pacientes que estaban muy alejados del sistema de salud. Personas que hace 10, 15, 20 o 30 años utilizaban cannabis como aceite vaporizando o fumando y decían: «Yo nunca fui a un médico porque siempre tuve miedo; siempre fui perseguido; siempre tuve mucho temor de que el médico me juzgue». Entonces muchas personas se acercaron a ese sistema de salud del

Estado, que permitió abrazarlos un poco, contenerlos.
A mí me tocó atender pacientes que hacía veinte años que consumían cannabis y que no tenían ni idea de si eran hipertensos o si eran diabéticos o cómo tenían el colesterol. Entonces también fue una oportunidad muy interesante para hacer análisis clínicos, porque realmente tenían un beneficio terapéutico muy bueno con el cannabis, se sentían bien, pero no tenían sus controles con sus médicos. Entonces aquí me parece que la educación es muy importante. Y cuando del Estado te aprueba, uno puede circular con un carnet o con un permiso.
El permiso tiene una duración de 3 años y luego se renueva con una nueva historia clínica, con un nuevo acompañamiento médico. Entonces, tú puedes transportar cannabis y un policía puede escanear el código QR de tu carnet y entra directamente a la aplicación del Estado y ve que es un paciente que está autorizado. Sobre todo se utiliza mucho el escaneo en los aeropuertos.
El permiso nos da la autorización de cultivar en nuestro domicilio hasta nueve plantas en floración. No existe un número específico de plantas en vegetación: es hasta nueve en floración en un espacio de 6 m² en interior o hasta 15 m² en exterior, que es bastante considerable, en realidad, porque es mucho; 15 m² para una sola persona basta y sobra. Permite además, y esto es muy importante, en transporte hasta seis frascos de 30 ml o de hasta 40 g de flores secas.
La mayoría de mis pacientes no se inscriben para cultivar, no tienen tiempo, no tienen espacio, trabajan todo el día. Muchos viajan por trabajo, se mueven dentro del país. Entonces necesitan el permiso, pero sigue estando el problema del acceso si no es por autocultivo. Ya vamos a hablar de eso también, no me quiero pasar mucho el tiempo y me interesaba mostrarles esto.
Como médico yo siempre tengo que hablar de la parte médica, es algo inevitable, pero en Argentina si uno produce a través de autocultivo un derivado de cannabis, llámese resina o llámese aceite, puede hacerlo analizar en una universidad pública, en una universidad privada o en un laboratorio privado (ayer hacíamos el cálculo: hoy el análisis saldrá más o menos unos 20 USD). Llevas tu muestra y te analizan cannabinoides. Es un poco más costoso analizar terpenos.
Fíjense la herramienta de reducción de daños que tenemos, porque trabajamos muchos años con derivados que no sabíamos que les estábamos dando, no teníamos idea.
Bueno, la medicina es un arte y creo que aquí con el cannabis medicinal hicimos más arte que nunca. Entonces ahora tenemos un acceso diferente.
Esto es un análisis de resina y este es de aceite en la universidad pública. Y esto es un laboratorio privado donde generalmente uno ya sabe qué es lo que le está dando al paciente y, sobre todo, el paciente sabe qué es lo que está consumiendo. Porque si no, no estamos haciendo medicina. Aparte, en Argentina se venden específicamente aceites con CBD aislado; hay varios derivados (yo les puse tres ejemplos) y se está vendiendo una crema exclusivamente con CBD, de venta en farmacias. Los derivados para consu-

mo por vía oral son con receta, por supuesto, y la crema para vía tópica es de venta libre.
Luego surge también un Dectreto que fue muy importante y que tal vez es el más importante actualmente en el país, donde a la organización no gubernamental sin fines de lucro o asociación civil sin fines de lucro que esté inscripta en el Ministerio de Salud se les permite cultivar para pacientes. Sigue siendo la misma cantidad: hasta nueve plantas en floración, pero no hay un número específico de plantas en vegetación. Cada ONG puede cultivar para hasta 150 pacientes. Multipliquen 15 m² por 150 pacientes: ¡es muchísimo! Entonces aquí la ONG tiene como una ventaja en este sentido: se están armando muchas cooperativas, muchas asociaciones de trabajo. Muchos son activistas que vienen trabajando hace mucho tiempo; existen cultivadores médicos, odontólogos, veterinarios, abogados, politólogos, sociólogos… La verdad que está bueno que se dé como ese enfoque interdisciplinario. Sobre todo, la ONG permite el acceso a los derivados que por más que uno esté autorizado para el cultivo y no todos tenemos la facilidad de tener una planta con una buena calidad de hacer extracciones. Entonces aquí la ONG surge como una opción muy importante, porque aún no tenemos farmacia magistral. Se inauguró una la semana pasada en Buenos Aires, pero todavía no está funcionando. Estamos esperando que también la farmacia magistral pueda funcionar.

> El permiso nos da la autorización de cultivar en nuestro domicilio hasta nueve plantas en floración. No existe un número específico de plantas en vegetación.

Pero la ONG también resguarda muchos usuarios a los que obligan a ser pacientes. Ese es otro tema, porque el usuario viene y te dice: «Yo fumo cannabis, me hace sentir más tranquilo, duermo mejor y me duele menos la espalda». «Estoy todo el día sentado en la computadora trabajando» Y, bueno, eso es terapéutico. ¿Qué le decimos? ¿Qué hacemos? ¿Lo inscribimos, no lo inscribimos? ¿Dejamos al paciente desamparado a que pueda ser juzgado por la ley penal o lo acompañamos y promovemos una política de reducción de daños para que no sea perseguido justificando el uso terapéutico? Entonces tal vez el uso adulto responsable es la pata débil que tenemos.
Me interesaba mostrar que el papel de las ONGs en Argentina está muy arraigado. Este es un mapa de una organización civil llamada UPAC. Ellos establecieron a través de Google Maps todas las ONGs del país, entonces, para cualquier persona que viaje por el país que tenga cualquier problema de índole legal o de índole médico, hay una red formada entre esa ONG, y esa ONG te ayuda. O si no tenés el permiso y no podés viajar con tu medicina, con tu cannabis, vos vas de un lugar a otro y la ONG que está en esa ciudad te regala el cannabis que vos necesites. Me pareció interesante mostrar

esta red porque el movimiento social en Argentina está muy arraigado.
En ese movimiento cannábico hay más de 200 actualmente en Argentina; muchas están en un proceso de inscripción con el Reprocam, porque es un poco burocrático, lleva tiempo; esto lo aprueba también el Ministerio de Agricultura. Pero ese movimiento social es muy importante y es muy grande en el país.
Y esos movimientos sociales también empezaron hacer estudios y estos estudios fueron muy interesantes. Este es un estudio de la revista THC, donde se hizo una encuesta a casi 65000 usuarios de cannabis en Argentina. A mí me llamó mucho la atención que casi el 83 % le da un uso recreativo al cannabis. Entonces, está bien, uso terapéutico, uso recreativo, ¿cuál es el verdadero uso? ¿cómo nosotros amparamos al paciente?
En cuanto a la edad de inicio, de casi las 65.000 personas encuestadas la mitad inició entre los 18 y los 24 años y un poco menos de la mitad antes de los 17 años.
Entonces es un mensaje caer en el debate: hablábamos del consumo en los adolescentes, de lo complejo que es abordar un adolescente en cuanto al consumo de todas las drogas, no solamente de cannabis. Pero, bueno, aquí estamos hablando de marihuana específicamente.
En cuanto a eso, esa complejidad que tiene, fíjense que esto es un mensaje: los adolescentes nos están diciendo algo. ¿Qué vamos a hacer? ¿Vamos a dejar que sigan consumiendo, ¿que no estén amparados por la ley o vamos a tenerlos en cuenta?
Si quieren yo después les paso el estudio; es muy interesante. También desde lo sociológico, la verdad que fue un estudio que hizo mucho ruido en Argentina. Me interesaba mostrarles algunos gráficos.
La mitad compra en el mercado negro. Entonces, fíjense que el acceso sigue siendo una materia pendiente en el país. Algunos decían que se la regalaban, otros que autocultivaban, pero más de la mitad compran en el mercado no regulado, y muchos marihuana prensada, que es muy barata y es lo que hay.
Estaría bueno que en algún momento podamos ver un cambio serio. Me voy apurando si no me paso mucho del tiempo.
Otro hito importante fue en el año 2021, donde el INAS (Instituto Nacional de las Semillas) empieza a permitir el registro de semillas de cepas de cannabis. Arma tres registros: 1) de comercio y fiscalización de semillas, 2) un registro de cultivares y 3) un registros de propiedad de cultivares. A través de una maquinaria muy burocrática (yo la verdad no conozco mucho de esto porque tiene mucho más que ver con la parte agronómica, pero me interesaba mostrarles que existe), después de pasar por todas estas exigencias de los ministerios en cuanto a la parte la evolución desde el punto de vista agronómico de la semilla, uno puede cultivar su propia cepa y patentarla; esa patente puede ser para que tenga mi nombre o por si yo quiero comercializar.
El último dato es que en Argentina ya hay 37 variedades autorizadas y permite la inscripción de variedades extranjeras. Se llenó de un montón de cultivadores de Colombia, de Ecuador, de Chile, que fueron a Argentina con todos sus papeles con su semillita,

la registraron y ya tienen una patente. Entonces me parece muy interesante también nombrarlo.
Y bueno, otro hito importante es que en el año 2022 se establece la ley 27.669 que establece el marco regulatorio para la industria del cannabis medicinal y del cáñamo industrial. Hay como una intención de amalgamar estos dos extremos del uso de cannabis, y se crea la Agencia Regulatoria de la Industria del Cáñamo y del Cannabis Medicinal (ARICCAME), que podríamos decir que se estima que podría ser como el IRCCA.
Esto es muy reciente, no está muy muy explotado todavía, pero el ARICCAME se va a encargar de manejar las licencias para cáñamo industrial y hortícola, que es el la inflorescencia, digamos, el derivado, que tiene menos de 1 % de THC. Hay licencias para cultivo y para transporte.
Después tenemos el denominado 'cannabis psicoactivo', que es el que tiene más del 1 % de THC, que va a tener otros tipos de licencias también y se están esperando que se establezcan las licencias de comercio exterior.
Esto es muy reciente (es de agosto de este año), pero en Argentina tenemos elecciones en dos semanas entonces están todos esperando, ahí están con los dientes apretados viendo qué va a pasar, porque realmente nosotros estamos en un barco y no sabemos cómo va a seguir ese barco, si se va la deriva o va a seguir. Pero, bueno, desde el movimiento cannábico están muy atentos a ver qué va a pasar, porque esto ya está establecido, ya se reglamentó la ley, pero todavía no están dadas las reglas del juego de cómo se van a otorgar las licencias, a quién, cuáles son los requisitos, etcétera, etcétera.

> Abogamos por un marco regulatorio que no criminalice más a los usuarios, que exista una derogación de los tipos penales que sancionan las conductas por el consumo personal de cualquier sustancia, con políticas de reducción de daños y de acceso a la información.

Como para ir terminando, simplemente les digo que tenemos tres hitos importantes en Argentina en cuanto a las leyes. La ley médica y la ley de uso industrial y de cáñamo fueron las más importantes y fue un gran avance. Pero aún la ley de drogas que legisla penalmente al usuario de cannabis sigue siendo una deuda pendiente y es por lo que estamos abogando para que cambie y tal vez podamos parecernos un poco más a los hermanos uruguayos.
Abogamos por un marco regulatorio que no criminalice más a los usuarios, que exista una derogación de los tipos penales que sancionan las conductas por el consumo personal de cualquier sustancia, con políticas de reducción de daños y de acceso a la infor-

mación. Que el acceso a la sustancia sea seguro, sea asequible. Y, por supuesto (bueno, ustedes lo conocen mucho mejor que yo), el derecho a la autonomía y al libre desarrollo, que en este país está muy arraigado.

Nosotros en Argentina siempre vemos a Uruguay como el ejemplo de todo, y yo que me dedico también a la política de drogas, siempre lo vi como un ejemplo; en cómo respetan mucho las libertad de las personas.

Como conclusión, podría decir que el progreso de la regulación en Argentina durante los últimos diez años ha tenido un avance notable, sobre todo desde el punto de vista de la salud, desde el punto de vista terapéutico. No podemos negar que hubo un impacto en la salud pública muy grande con ciertas políticas de reducción de daños y un mayor acceso a los tratamientos. Todavía tenemos muchas falencias en la ley que debemos resolverlas.

Yo creo que la regulación de Uruguay hay que considerarla como un logro en el contexto de la sociedad moderna actual por esa visión tan moderna y tan importante. Sobre todo, porque en los últimos diez años se demostró que se respetan las decisiones libres y las decisiones autónomas de las personas adultas. Así que estamos muy agradecidos por estar aquí, muy orgullosos también y muy contentos de haber aprendido tanto. Todavía nos queda mucho por aprender de ustedes.

Nuevamente, muchas gracias.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

Muy buena la exposición y la cantidad de información. Simplemente quisiera preguntarte si hay experiencia o hay algún registro con relación a las plantas en estado vegetativo. Tú pusiste mucho énfasis en que no se contaban las plantas en estado vegetativo.
Pregunto si ha existido algún procedimiento policial, algún procedimiento en la justicia que haya tenido en cuenta estas cantidades que están en estado vegetativo, porque acá a veces este es un problema; cuando se hace algún procedimiento policial o algún procedimiento, desde el punto de vista de la fiscalía el tema de contabilizar «bueno, acá hay como 150 en vegetativo» y hay que estar luchando para después decir «no, mire, esto no está florecido, está en vegetativo, no deberían contarlo». Es como una lucha permanente de explicar esa cuestión. Entonces, simplemente saber si tenías registro o si conocías alguna experiencia que haya existido algún pronunciamiento judicial o algún procedimiento policial en que no se haya tenido en cuenta esta cantidad de plantas.

Respuesta

Es una muy buena pregunta y hubo un gran debate al inicio de la ley, porque cuando surge Reprocam, quien se hacía cargo de fiscalizar las plantas era la policía. Entonces decíamos que si es una ley de salud, ¿por qué es la policía la que tiene que fiscalizar? Si yo a vos te receto Tramadol, la policía no va a tocar para saber si el Tramadol lo estás vendiendo o lo estás consumiendo. Estamos hablando de una ley de salud con un respaldo, con una receta médica.
Inicialmente la policía se iba a hacer cargo de esa fiscalización. Con los problemas de seguridad que hay en Argentina, era absolutamente inviable que un policía vaya a una casa a revisar cuántas plantas tenías en floración o cuántas tenías en vegetación. Luego eso quedó en veremos; después hubo ciertos allanamientos, pero no hubo problemas con la cantidad de plantas florecidas; no hubo ningún registro específico de eso.
Después, con el surgimiento del ARICCAME, en teoría va a tener personas que se van a encargar de fiscalizar esos cultivos. Pero en la práctica lo veo inviable: hay más de 200.000 inscriptos en el país y hay una gran demanda de inscripciones. Yo tengo la consulta llena de pacientes que quieren inscribirse y lleva mucho tiempo, es muy burocrático y cada vez las personas quieren más. El último dato no oficial es que había más de 200.000. Entonces es inviable; no hay un registro de que haya habido problema específicamente con las plantas. Lo que pasa es que la ley tiene muchos grises, porque te dice que no hay un número específico de plantas en vegetativo. Algunos abogados dicen que no que es nueve en total; otros dicen que no, que es hasta nueve plantas en

vegetación. Hay una discusión muy grande con los abogados en Argentina. Porque además no te dice cuánto podés tener de acople. Si podés tener 5 o 10 k o si podés tener 500 g. Eso tampoco está.
La ley dice «cultivo controlado». Un abogado cannábico amigo mío de Argentina me dijo que recomendara a mis pacientes que cultiven en maceta, no en tierra, porque así se sobreentiende que el cultivo es controlado.
Hay muchos grises; vos tenés que leer qué es lo que dice la ley, pero también qué no dice. Entonces cada abogado lo interpreta de forma diferente. Pero específicamente algún problema en cuanto a las plantas en vegetación o en floración, no.
Sí lo que se ve lamentablemente es mucho abuso policial. Por más que vos tengas el registro, por más que tengas el código QR, que lo tengas encuadrado, hay mucho abuso policial. Sobre todo se ve fuera de Buenos Aires, más en los lugares del interior. Mucho allanamiento ilegal. En un momento que se hackeó la página hubo problemas, pero en teoría la ARICCAME controlaría eso. Yo lo veo muy difícil de llevarlo a la práctica, de tener tanto empleado que vaya a tanto domicilio a controlar y sin saber si la persona va a estar en su domicilio o si está trabajando. No lo veo muy factible. Habrá que esperar. Veremos qué pasa con las elecciones.

Pregunta 2

Buenos días, colega. Felicitaciones por la presentación y gracias por la generosidad de mostrarnos la realidad en Argentina.
Yo me llamo Adriana Menéndez, soy internista, trabajo en el Hospital Maciel, un hospital público de Montevideo. Coordino la consulta externa. Tenemos una gran cantidad de consumidores, obviamente consumidores en las diferentes modalidades y hemos visto muchos adolescentes que consumen. Y lamentablemente tenemos gran cantidad de adolescentes extendidos hasta los 25 años. El daño encefálico comprobado a través diferentes medios, tanto clínicos como paraclínicos, que tiene el cannabis sobre el cerebro del adolescente menor de 25 años está confirmado; de eso hay evidencia. Tenemos gran cantidad de pacientes que se presentan con crisis psicóticas, gente con patología borderline que evidencia incluso con consumo de galletas o de tortas que hacen en fiestas para los adolescentes y ponen cannabis dentro de las tortas.
¿Ustedes tienen alguna evidencia de este impacto, que es muy importante? Porque de repente en el número no, pero sí para la familia del chico al que se le despierta una crisis psicótica aguda. Muchos de ellos, en un gran porcentaje, después permanecen con una psicosis. Para ellos la marihuana no es algo leve o algo muy bueno, como de repente sí en otras edades donde hay otro tipo de indicaciones médicas. Me interesa ese punto específicamente. Muchas gracias, colega.

Respuesta:

Muchas gracias por la devolución y por la pregunta. Específicamente en cuanto a Reprocam (registro de datos oficiales) no tenemos aún. El Ministerio de Salud no publicó datos oficiales de los inscriptos ni de la edad de los pacientes.
Lo que yo te podría decir es que sí sabemos que el THC puede actuar como un disparador de algún pensamiento psicótico, alguna esquizofrenia o algún trastorno si existe ya como una predisposición, y el THC puede ser un gatillo en este caso. Pero no tenemos un registro específico de cuántos adolescentes hay. Tal vez es importante destacar que todo registro va con un asesoramiento y un acompañamiento médico y vos le exigís al paciente que tenga un control. No es que yo te registro hoy y no nos vemos más, no volví a mi consultorio. «Contame qué estás consumiendo, cómo lo estás consumiendo, con qué frecuencia, cómo… ». Entonces cuando se inscribe un paciente menor de edad el responsable o la responsable es el padre o la madre y lo inscribe un médico, en este caso un pediatra, si es un menor de edad. Si es un paciente psiquiátrico lo debe inscribir un psiquiatra y debe certificar que ese paciente tiene un acompañamiento y que a pesar de su consumo de cannabis no va a abandonar su tratamiento psiquiátrico. Lo que pasa que es una ley médica, porque un adolescente puede tener un disparador para algún trastorno psicótico pero no necesariamente ese consumo tiene que ser terapéutico, puede ser un consumo no adulto sino un consumo recreativo, tal vez mal manejado, digamos, por decirlo así.
Pero es un registro terapéutico: vos justificás que el paciente está haciendo un uso terapéutico de la planta. Si tenés un paciente esquizofrénico, ahí ya te piden que lo inscriba un psiquiatra, que hagas una historia clínica más detallada. Porque cuando vos subís eso al registro, va a un comité evaluador y el trámite demora entre unos dos a tres meses. Pero específicamente una estadística de las inscripciones no tenemos. El ministerio nunca presentó. Estamos esperando estadísticas, a nosotros nos interesa saber cuántos inscritos hay porque la demanda es grandísima y los médicos no damos abasto realmente, no damos abasto. Y es algo engorroso; tenemos que hacer tres resúmenes de historias clínicas, consentimiento, declaración jurada. La verdad que lleva bastante tiempo. Pero me pareció interesante la pregunta. Lamentablemente el Ministerio aún no publicó nada. Estamos esperando.

CHILE

Dr. Sergio Sánchez Bustos

PRESIDENTE CANNAMERICA. DIRECTOR MÉDICO DE LA ONG LATINOAMÉRICA REFORMA. MÉDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE CON ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA. DOCTOR EN HUMANIDADES MÉDICAS Y CIENCIAS SOCIOSANITARIAS POR LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MAGISTER EN SALUD PÚBLICA POR UNIVERSIDAD DE CHILE Y MBA POR LA UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO.

CHILE

Mag. Mariela Hernández Moraga

PERIODISTA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE Y MAG. EN COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES. FORMACIÓN EN REDUCCIÓN DE DAÑOS EN USO DE DROGAS EN HARM REDUCTION COALITION EN NUEVA YORK, ESTADOS UNIDOS. PRESIDENTA DE LA FUNDACIÓN LATINOAMÉRICA REFORMA, ORGANISMO QUE PROMUEVE LA REFORMA A LA POLÍTICA DE DROGAS EN RELACIÓN CON ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES, DE LA SOCIEDAD CIVIL Y DE GOBIERNO.

La regulación de Cannabis en Chile entre 2013 y 2023

Buenos días, gracias por la invitación a Daniel Radío. Esta es una oportunidad muy importante para para poder mostrar lo que se ha hecho en Chile.

Quería decir unas pequeñas palabras, porque vamos a mostrar un documental audiovisual más o menos de 20 minutos de duración que hace como un resumen de los cambios regulatorios en Chile a partir de un análisis de la televisión chilena, donde se plantea digamos, una tesis de que en el fondo es necesario generar opinión pública para hacer los cambios que se hicieron en la regulación, que en Chile fue muy parecida a lo que nos contó Facundo. Después de ver el documental yo voy a hacer la presentación específica de cómo es la regulación.

Entonces, como estamos preparados para unos 40 minutos de presentación, después si hay alguna pregunta se puede conversar. Así que por ahora los voy a dejar con el documento audiovisual que preparó la periodista Mariela Hernández. Ella es mi esposa y además es mi jefa. Ella me envió para acá y se demoró harto en hacerlo, así que está bien hecho. Cualquier duda, la aclaramos a continuación (Transmisión de un documental).

Fue un gran proceso, digamos, de abajo hacia arriba, también como en Argentina, donde desde el uso médico estábamos impresionados por lo que había pasado en Uruguay desde el 2012-2013.

Bueno, muchas gracias por los aplausos, que son para Mariela.

Ahora yo les voy a mostrar los detalles de cómo se hizo. Fue un gran proceso, digamos, de abajo hacia arriba, también como en Argentina, donde desde el uso médico estábamos impresionados por lo que había pasado en Uruguay desde el 2012-2013.

Habíamos tenido un seminario en el Colegio Médico donde invitamos a la doctora Raquel Peyraube ese año y nos contó ahí algunas cosas. Y nosotros, medio entre nuestra vocación por defender los derechos de las personas que usan drogas y de también ayudar a la gente que está sufriendo y que encontramos que podían aliviar sus padecimientos con la planta, salió este 'Frankenstein', no es cierto, este ingenio regulatorio, que tiene elementos digamos del uso medicinal.

A diferencia de la regulación uruguaya, porque básicamente en la evaluación que se hizo inicial no había piso político, para avanzar desde la lógica argumentativa de los derechos de las personas, en Chile había habido marchas desde el año 2004; de 100 o 200.000 personas marchando por las avenidas y ningún cambio regulatorio se había producido. Hasta el año 2015, que como ven ustedes en el documental. Nosotros empezamos a hacer nuestro trabajo de activistas unos pocos años antes, con el discurso

del uso medicinal Entonces sí a las autoridades y a la gente le hizo sentido. También ese fue el camino que nosotros elegimos. No tuvimos la posibilidad de hacerlo de otra manera por distintas razones.

Uruguay fue un país que tenía muchas mejores condiciones que países más con mayor diversidad cultural; Uruguay es un país más pequeño y con más preparación, creo yo, para este tipo de cambios políticos.

Así que un poco lo que yo les voy a mostrar es cómo quedó ahora. Ya vimos algunos elementos históricos. Nosotros nos fijamos que la Convención Única de Estupefacientes permitía el uso medicinal y de investigación científica y en eso nos apoyamos permanentemente en toda la argumentación que hicimos. Eso lo complementamos con búsqueda de evidencia científica disponible, tanto a favor como en contra. En los debates médicos que hubo hace más o menos 10 años atrás en Chile se postulaba que la marihuana hacía daño, se postulaba que la marihuana dañaba la salud de las personas y nosotros tuvimos que desarrollar toda una estrategia argumentativa para mostrar que los cannabinoides vaporizados podían tener utilidad terapéutica y que no se trataba de fumar marihuana. No éramos los que íbamos a dar la marihuana para que la gente fumara, sino que el uso de cannabinoides para el manejo del dolor.

Ayudó mucho a la legislación, por ejemplo, en estados como California o Colorado, que venían ya, en 1996 en California y en 1999 en Colorado. Eso fue un gran aporte y los debates fueron muy interesantes, porque se nos decía, por ejemplo, que la marihuana producía brotes de esquizofrenia y al mismo tiempo se nos decía que el consumo de marihuana está aumentando en todo el mundo. Pero si uno comparaba las tasas de incidencia del consumo de marihuana con las tasas de incidencia de brotes de esquizofrenia, no había una correlación; es decir, el consumo de marihuana sí aumentaba, pero el de brote de esquizofrenia se mantenía cercano a las cifras históricas. Entonces, había una discordancia en el dato que era interesante.

En Chile, el movimiento médico contra la marihuana fue tremendo. Sacaron estudio de SPECT y estudios imagenológicos en las mejores clínicas privadas de Santiago, donde se reportaba daño neuronal a partir del consumo. Pero si uno hacía la arqueología en el texto del estudio, uno encontraba que solamente se referían a asociaciones entre el uso de la planta y el daño, por ejemplo, pero no se establecían variables como por ejemplo la condición socioeconómica, la presencia de áreas verdes, el cuidado o no de los padres del niño. Se comparó una cohorte de niños de una población pobre en Chile (de la población Bandera) con niños de una población rica en Chile (con niños de Vitakura) que tienen un PIB similar al de países europeos y se mostraba entonces con horror que los niños de Vitakura tenían un rendimiento cognitivo muy superior al de los niños pobres, y además los niños pobres fumaban marihuana. Entonces era culpa de la marihuana. Fueron estudios tendenciosos que costó un poco desarmar, pero, como digo, fue un debate bien interesante, porque todos pusimos lo mejor de nosotros para que el debate fuese productivo.

Y ahí en el debate tengo un encuentro con el Doctor Carlos Ibáñez, que es uno de los re-

presentantes de los psiquiatras más renombrados, donde él dice esa cosa de que el Marinol viene de la marihuana. Después nos reíamos entre los dos, porque igual nos conocemos y quedó bien establecido que había un problema ideológico por parte de algunos de ellos.

Nunca los médicos que hacemos esto fuimos mayoría en ese tiempo; éramos tres o cuatro, incluyendo a la doctora Camponovo. Pero ahora ya somos más de cien en Chile los que estamos haciéndolo y esto fue lo que nos llevó a generar más investigación respecto al sistema endocannabinoide.

Con investigación me refiero a búsqueda bibliográfica. En verdad ahí conocimos los equipos de investigación vinculados a Rafael Mechoulam, a Lumír Hanuš en Israel y a los americanos, y vimos que había todo un entramado conceptual que podía sostener cambios regulatorios, si es que se entendía que el sistema endocannabinoide tenía una utilidad y que con los cannabinoides de origen vegetal o sintético se podía modular esto para distintas enfermedades, como dolor crónico, como las epilepsias refractarias, como el autismo, la fibromialgia, en fin, todo lo que ustedes ya conocen al respecto.

> En Chile, el movimiento médico contra la marihuana fue tremendo. Sacaron estudio de SPECT y estudios imagenológicos en las mejores clínicas privadas de Santiago, donde se reportaba daño neuronal a partir del consumo.

Esto me lo voy a saltar porque ustedes ya lo conocen bien y lo que me interesa destacar es cómo fue el itinerario que seguimos en Chile.

En el 2013 el hito fue que yo era en ese tiempo asesor del Colegio Médico de Chile y nos llegó un requerimiento de un paciente que estaba con estatus convulsivo en una clínica conocida en Santiago que llevaba varias horas, varios días con estatus convulsivo y los médicos no sabían qué hacer. Entonces el neurólogo de la clínica dijo «intentemos con Satix». La verdad que no había registro. Entonces el colegio médico hizo una carta dirigida al Presidente de la República y el presidente autorizó por la vía del uso compasivo el ingreso de esto. Eso fue en paralelo a lo que estaba pasando acá.

Después, en el año 2014 una activista de la planta (que ahora es diputada de la república, Ana María Gazmuri, que fue una gran activista que hizo toda su carrera política defendiendo el uso de la planta) y un alcalde de un municipio en Santiago, generaron este primer cultivo con 80 plantas. Creo que eran de marihuana; las plantaron en el patio de la municipalidad. Y fue noticia eso también, porque era parte de un programa de tratamiento, pero todo muy liberal, todo muy con poca regulación. En el fondo, todo esto basándonos solamente en la Convención y la ley que dice que permite el uso me-

dicinal y para la investigación científica. Entonces las autoridades no estaban seguras de si era o no posible permitirlo o prohibirlo.
Mientras tanto, nosotros nos movíamos, como usando el derecho a la desobediencia civil. Habíamos conversado con abogados constitucionalistas que nos decían: «Sergio, si tú quieres hacerlo puedes hacerlo, porque está garantizado en la Constitución el derecho al acceso a la salud y en las convenciones el uso medicinal y de investigación científica. Lo único que falta es que un médico se ponga a prescribir». Y no quiero darles malas ideas aquí a los colegas uruguayos, pero eso fue lo que ocurrió allá. Después, el gobierno reaccionó. Era el gobierno de Michelle Bachelet. Ella me pide a mí que coordine una mesa, una secretaría técnica para regular esto. Me dice que suele pasar que cuando uno agita mucho las redes el gobierno lo rescata y lo pone a trabajar. Entonces me sentaron ahí con estos mismos médicos que estaban en contra. Y ahí tuvimos que tomar mucho café y conversar y querer hacernos psicoterapia mutua. Y así llegamos al Dectreto 84, que es el Dectreto que permite a los médicos en Chile prescribir cannabis y sus derivados (resinas, tinturas, extracto, ungüento). El Dectreto quedó escrito así con la palabra cannabis porque yo también sabía que en las convenciones cuando se habla de cannabis se habla de la flor de la planta de cannabis sativa. Entonces dejamos abierto para que después las farmacias pudiesen vender cogollos o flores o sumidades floridas, como dice la Convención, o también se le llama inflorescencias pistiladas. Y así, de esa manera dejarlo abierto. Y porque también fue un interés de algunos que solamente tenía que ser producto farmacéutico lo que se iba a permitir.
Después el 2016 el Ministerio del Interior con un Dectreto modifica un poco la idea de la inversión de la carga de la prueba, porque ustedes saben que en la ley de droga la persona es culpable hasta que demuestre lo contrario; igual que en la ley antiterrorista. Esto se cambió, porque ya el movimiento era tan grande y se llegó a la conclusión de que el paciente, la persona, tenía el derecho a ser considerada inocente también y que el fiscal era quien tenía que demostrar el tráfico. Eso fue en el 2016. En el 2015 había sido el fallo de Santo Daime en Chile. Ustedes la conocen, también tienen Santo Daime acá, que son los que consagran al misterio con ayahuasca y con planta de marihuana. Y ellos ganaron el juicio demostrando que las plantas que tenían en su jardín eran para su uso religioso, espiritual. Yo fui perito de ese caso y lo que hablé ahí fue que en el fondo sí me constaba que era para uso personal. Los jueces me preguntaron si tenía alguna contraindicación del punto de vista médico y les dije que lo estaban utilizando con un fin religioso y los defendí un poco en eso, como sale en el documento audiovisual. En el 2020, a partir de este fallo del 2015, las cortes fallaron a favor del este Green Life que es una asociación chilena.
El gobierno nunca ha reaccionado a la creación de los clubes en Chile. Los clubes se formaron espontáneamente un poco inducidos a lo mejor por algunos médicos como yo que tenía pacientes y ¿a dónde los tenía que mandar? Entonces les dije a algunos muchachos de estos cultivadores que estaban con ganas de salirse del mercado negro que se organizaran en virtud de la ley de asociaciones civiles. En Chile hay una ley que per-

mite que la gente se agrupe sin fines ilícitos, evidentemente. Usando los fallos de la Corte Suprema que decía que no había ningún ilícito en los cultivos colectivos, ellos se organizaron y empezaron a cultivar. Pero el gobierno siempre miró el techo, porque en realidad no fue como en Argentina que se reguló con Dectretos ministeriales la existencia de estas asociaciones. En Chile no hay una palabra escrita en las leyes sobre los clubes de cultivadores y sin embargo hay más de cien. Entonces eso es una diferencia importante en la regulación que yo creo que ustedes tienen que observar, porque a lo mejor en la tradición legalista uruguaya no ha sido así, pero en Chile fue así.

> No es lo ideal que un médico autorice plantas con una receta. La receta médica no es para eso, pero quedó en la ley porque la policía seguía tomando presas a las personas por plantar, a pesar de las prescripciones médicas.

Yo creo que más que nada porque fuimos muy tozudos nosotros en empujarlo y a las autoridades le costó mucho entender que lo que estábamos haciendo era posible. Al final después de tantas cosas, lo que se logró ahora en el 9 de mayo de este año en el 2023 es modificar la ley de drogas en Chile y agregar un párrafo que autoriza el cultivo de la planta contra receta médica. A mí no me gustó mucho eso, pero estoy como en una paradoja, en un dilema, porque no es lo ideal que un médico autorice plantas con una receta. La receta médica no es para eso, pero quedó en la ley porque la policía seguía tomando presas a las personas por plantar, a pesar de las prescripciones médicas.

Entonces con la fuerza del activismo cannábico que en Chile es muy fuerte se logró cambiar la ley a cambio de fortalecer la persecución de delitos asociados al narcotráfico que incluye, por ejemplo, que se levantó el secreto bancario de todas las personas en Chile. Ahora todos tenemos que mostrar nuestras cuentas corrientes, sobre todo si recibimos más de 50.000 en un día. Y eso antes no era así, pues antes la ley del secreto bancario en Chile era sagrada; nadie sabía lo que uno tenía en el banco.

Los Dectretos que están en esta presentación (que se las voy a dejar por si a alguien le interesa estudiarlo más a fondo) son los Dectretos el entramado argumentativo de la regulación de la marihuana en Chile. Algunos son muy antiguos.

Los Dectretos 404 y 405 son los que controlan estupefacientes y psicotrópicos. Reconociendo el uso medicinal y de investigación científica señalado en la Convención del 61 establecen que el regulador de los cultivos de marihuana, o de cualquier otra especie que se quiera señalar, pasa por el Instituto de Salud Pública que es la agencia reguladora es como el Amvisa chileno o la Digemid o el Invima. En fin, la agencia reguladora del fármaco.

La ley 20.000 señala explícitamente en su artículo 4 que reconoce (delito de posesión, transporte, etc.) a menos que justifique que están destinadas para la atención de un tratamiento médico (se refiere a las plantas) o uso personal y exclusivo, y próximo en el tiempo. Es decir, la ley también reconoce que las plantas de marihuana que uno tiene en su casa pueden ser para un uso personal y exclusivo y próximo en el tiempo no solamente medicinal pero la policía y los jueces han sido de criterio variable en cuanto a reconocer esto último. Es decir, si el paciente, la persona dice que esas plantas son para su uso no necesariamente le creen, y hay una cosa ahí de credibilidad ciudadana que permea toda la política de drogas, como ustedes saben.

El artículo 50 es muy explícito porque dice que se entiende justificado el uso, consumo, porte o tenencia de las sustancias listadas para fines médicos. Esta ley la hizo el presidente Ricardo Lago; ya entonces ahí uno reconoce un poco ese liberalismo que viene de él y que después, cuando deja de ser presidente, lo explicita mucho más. Pero en este momentos solamente permite eso. Y la justificación se basa, a criterio del poder judicial chileno, en la existencia de evidencia científica para su uso medicinal o científico, es decir, en la medida que uno presente evidencia científica búsqueda bibliográfica o investigaciones clínicas, se entiende que la sustancia puede ser utilizada.

Por esa razón vamos a avanzar ahora en Chile en la regulación de otras sustancias como la psilocibina, por ejemplo, porque ya hay evidencia de que la psilocibina puede tener algún uso terapéutico.

También se tuvo que modificar el Dectreto supremo, la Ley del Fármaco en Chile, porque regulaba que los fitofármacos eran cualquier sustancia o especie vegetal que no tuviera estupefacientes. Y eso se eliminó. Se eliminó esa frase «que no tuviese estupefacientes» y ahora el fitofármaco puede tener estupefacientes. Por lo tanto, cualquier planta que tenga, como el cactus de San Pedro, como la ayahuasca, o lo que sea, podría ser con considerado fitofármaco y regulado como fitofármaco (que, como ustedes saben, tiene menores requerimientos regulatorios que el fármaco).

El otro Dectreto importante es el 867, que regula la producción de los cultivos de especies vegetales y establece doble cierre perimetral y cuidado policiaco, etcétera.

El Dectreto 84 es el que nos permite prescribir. Este es el gran logro de los activistas chilenos del que yo fui secretario técnico, que dice que las especialidades farmacéuticas que contengan cannabis, resina, extractos y tinturas podrán expenderse al público en farmacias o laboratorios mediante receta médica retenida con control de existencia. Y aquí hay un conflicto que tiene que ver con que uno le puede preguntar a la autoridad regulatoria chilena qué pasa con los clubes, porque los clubes no están produciendo fitofármacos; los clubes producen un producto artesanal que es la flor de la planta, pero no tienen laboratorio de producción de fitofármacos, y menos de fármacos. La respuesta del regulador es que ellos fiscalizan farmacias y laboratorios, no clubes. Es decir, no lo ven, no existe. También hay que reconocer que Chile está en Latinoamérica y en Latinoamérica a veces las cosas son así, pues son como que algunas cosas existen y otras no.

El Dectreto 1524 es el que invierte la carga de prueba. Este el gran logro de los acti-

vistas chilenos. Dice que se entenderá justificado el cultivo de especies vegetales del género cannabis para la atención de un tratamiento médico con la presentación de receta extendida para ese efecto por un médico cirujano tratante, la que deberá indicar el diagnóstico de la enfermedad, su tratamiento, duración y además la forma de administración, la que no podrá ser mediante combustión (es decir, no se puede fumar la marihuana), caso en el que será sancionado con la pena de presidio mayor "bla bla bla"…

Esto es el gran logro después de todo el trabajo. Como conclusión que uno puede tener de todo lo que les he dicho, digamos que la regulación chilena ha sido basada en los fallos de las cortes, en la perseverancia de la sociedad civil, en una suerte de liberalismo implícito. Yo creo que en realidad nunca lo hubo; el error de nuestra contraparte fue no sentarse a negociar una regulación con nosotros, sino intentar impedir que nosotros sacáramos cualquier tipo de regulación. Y de esa manera vio frustrados sus intentos por regular, porque finalmente negociaron.

> Al final después de tantas cosas, lo que se logró ahora en el 9 de mayo de 2023, es modificar la ley de drogas en Chile y agregar un párrafo que autoriza el cultivo de la planta contra receta médica.

Ellos no querían que nosotros hiciésemos nada; en vez de haberse puesto a decir ya llegamos a un acuerdo, qué es lo que se va a permitir y qué no y cómo, quedaron frustrados, se paralizaron. Y finalmente salen cosas así, como dije, que me produce una paradoja porque «me gusta pero me asusta», como dice la canción. Encuentro que podría haber sido de otra manera, pero es lo que hay y al final la gente lo está usando mucho.

Así está el ecosistema regulatorio chileno. Está vinculado el ministerio, el ISP, el SAG, que es el regulador agropecuario. Hay consultas médicas, como les dije, un montón. Dispensarios, farmacias, también las cinco cadenas principales de farmacias en Chile recetan con receta retenida. Por lo tanto, hay tres vías de acceso: el autocultivo, los clubes y la receta magistral. Ya con la receta magistral se compra producto en Colombia; THC y CBD. Además hay cultivos industriales. Hay cinco empresas chilenas que están cultivando la planta con y sin THC. Algunos solamente quieren cultivar cáñamo, porque quieren evitarse todas las restricciones de comercio internacional y de regulatoria. Otra, con THC, que justamente es la empresa de la diputada Ana María Gazmuri, que es la fundación Daya, que se asoció con una empresa australiana que se llama Auscann y tienen ahí algunos cultivos.

Además, estudios clínicos que están haciéndose varios en este minuto, como para sacar adelante registros de fármacos.

Bueno, muchas gracias por su atención y por la invitación.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

Buenos días. Muchas gracias por la presentación.
La pregunta es como de tres partes. La primera, si estas asociaciones civiles medicinales solo dispensan flores o también hay producción de aceites o derivados de cannabis. La segunda refiere a qué tipo de receta se requiere. Por lo que entendí es solamente el médico cirujano el que puede recetar esto. Y qué nivel de receta lleva lo que es Cannabis. Y por último, un poco más a lo que se viene, si esta evolución, o esta que ha habido en Chile para lo que es Cannabis, también podría tomar el mismo camino para las próximas sustancias que posiblemente tengan también uso médico. Gracias.

Respuesta de Sergio Sánchez Bustos

Sí, los clubes en Chile se tomaron la libertad de hacerlo con flores y con resinas. Tinturas no se ocupan mucho porque casi todos tienen estas prensas para hacer rosin y son como muy performativo, porque tienen la prensa de rosin como apuntando hacia fuera. Entonces el propio paciente es el que aprieta su hierba como para ellos. Dicen «nosotros no lo hicimos, nosotros lo hizo él».
Y bueno, respecto a lo de las otras sustancias, claro, yo creo que viene eso. En Chile se está ocupando mucho la psilocibina. Y también fue por un efecto mediático, porque en Netflix comenzaron a aparecer unos documentales y de pronto empezaron a llegar a la consulta señoras y señores que querían probar esto, y un poco paralelamente hicimos una búsqueda bibliográfica. Desde hace unos cuatro años que estamos en el tema, y vimos los estudios del Imperial College, vimos lo que ha hecho MAPS, tenemos como como una pequeña base de datos. Entonces dijimos, bueno, para algunos casos como estrés postraumático, como depresiones embotadas lo hemos ocupado. La gente la ocupa en microdosis también que es un concepto que se inventó y también en dosis heroicas. Así que ahí está eso y eso es lo que vamos a señalar, a buscar.
En cuanto a la pregunta de la receta, es una receta retenida, es la misma receta que se ocupa para recetar benzodiazepinas, controlada, claro.

Pregunta 2

Hola. Muchas gracias por la presentación. Bien puntual la pregunta, porque vi que ponían que no se podía consumir por combustión, ¿pero el vapeado?

Respuesta

Por vapeo sí, porque no es combustión.

Pregunta 3

Pregunto porque acá hemos tenido temas asociados a la regulación del tabaco, como que el vapeado no está muy bien visto. Entonces por eso te preguntaba si hacían la distinción.
Aunque entiendo obviamente que es diferente.

Respuesta

Hay una cadena de farmacias en Chile que se llama Biofórmula que vende vaporizadores con hasta un 55 % de cannabinoides, que son extractos completos. Lo que prohibieron fue el propilenglicol y los vapers de tabaco también, pero por otro camino, por la prohibición del tabaco y vaporizadores para hierba.
En Chile hay un montón de cultura cannábica, entonces hace como veinte años que hay tiendas que venden de todo, hasta la semilla.

Pregunta 4

¿Hay algún registro de movimiento en la opinión pública con respecto al tema? Porque en el video hablaban de un 27 % de chilenos que declaraban haber consumido cannabis alguna vez en su vida. ¿Qué reflejo tenía de eso?

Respuesta

Bueno, a la visión que hay sobre el tema de cannabis y sobre el consumo de sustancias en general no sé si ha habido algún proceso o alguna medición de opinión pública. En eso los estudios que vimos nosotros en ese momento es que eran de organizaciones como ONGs, pequeñas, que hacían estudios vinculados a esto o a seguridad ciudadana, mostraban que no había apoyo igual que acá, digamos, que no había apoyo para la legalización del uso de la planta. Pero, en cambio, un 70 % de la gente aprobaba el uso medicinal de la planta. Por eso fue que elegimos ese camino, digamos para poder avanzar, porque con el otro no había forma. En Chile parece que los derechos de las personas no son tan importantes como acá. Entonces la gente marchaba y daba lo mismo. Pero cuando vieron un niño enfermo, o como esa mamá que dice «mi hijo puede caminar ahora», todos se conmovieron.

COLOMBIA

Dra. Sandra Carrillo

MÉDICA Y CIRUJANA UNIVERSIDAD CES. CO FUNDADORA Y VICEPRESIDENTE ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE CANNABIS MEDICINAL (ASOMEDCCAM) COFUNDADORA MEDICANN IPS CLÍNICAS CANNABIS MEDICINAL (COLOMBIA). PROFESORA Y CO- CREADORA DE LA DIPLOMATURA APLICACIONES TERAPÉUTICAS CANNABIS MEDICINAL UNIVERSIDAD CES COLOMBIA.

Evolución de los marcos regulatorios en Colombia y Panamá

Muchas gracias a todos. La verdad es un placer para mí estar hoy aquí con ustedes en el marco de los diez años de la legalización de Uruguay. Un agradecimiento al doctor Daniel Radío y a la Junta Nacional de Drogas por esta invitación tan importante.

La verdad que, como decían mis colegas el doctor Sergio y el doctor Facundo, Uruguay ha marcado un hito desde la legalización en el 2013. Muchos de los países latinoamericanos empezamos a mirar qué hizo Uruguay, por qué lo hizo, cómo ha evolucionado. En cierto modo, ha servido de inspiración y nos ha dado coraje a todos para decir que si ellos lo hicieron nosotros podemos avanzar también en políticas de regulación de drogas. Porque todos somos el bloque latinoamericano y, definitivamente, esto es lo bonito de la comunidad latinoamericana: que se ha prestado mucho apoyo entre todos los países en políticas de regulación; siempre apoyamos las iniciativas.

Un poco acerca de mí: yo soy cofundadora y vicepresidenta de la Asociación Médica Colombiana de Cannabis Medicinal. Hoy les voy a presentar el marco regulatorio de Colombia y de Panamá. Vivo entre Panamá y Colombia. Nací en Colombia, pero vivo desde hace aproximadamente veinte años en Panamá y como Colombia y Panamá están tan cerquita vivo entre los dos países, viajo *back and forward* casi todo los meses a Colombia.

Entonces, el tema del cannabis medicinal lo he adoptado ya casi que como un estilo de vida, porque lo vivo, lo veo, lo respiro y en todos lados a los que voy quiero hacer docencia referente a este tema, porque definitivamente es algo que toca las realidades de todas las familias y siento que en algún momento de la vida de todos los que estamos aquí y de todas las personas en el mundo alguien puede llegar a ser paciente de canna-

bis medicinal. Alguien podría tener un familiar que se beneficiaría del cannabis medicinal.

Aquí tengo mis conflictos de intereses. Yo tengo mi práctica clínica en una clínica IPS en Medellín donde prescribimos terapias cannabinoides a los pacientes que la necesitan. Y me he dedicado mucho a la parte académica, pero también a través del tiempo he entrado un poco en el tema de regulación, ya que es importante utilizar la voz que tenemos y los espacios que se nos dan, y ser la voz de esos pacientes y de esas personas que no pueden ser escuchadas. Siento que en el ámbito de regulación de política cuando uno tiene algo que puede decir para ayudar a los pacientes es importante alzar la voz y ayudar a todas esas personas que necesitan.

Estamos hablando de medicina ancestral: el cannabis ha venido siendo utilizado incluso 2.700 años antes de Cristo. Fue utilizado ampliamente en China y en Asia.

Cuando hablamos del cannabis muchas personas piensan que esto es un tratamiento nuevo, que es algo novedoso, que es algo que se está descubriendo, que es algo que alguien solamente inventó hace poco. Y estamos hablando de medicina ancestral: el cannabis ha venido siendo utilizado incluso 2.700 años antes de Cristo. Fue utilizado ampliamente en China y en Asia. Tenemos reportes incluso, como les decía, de 2.700 años antes de Cristo. Se utilizó en la medicina china, en la medicina hindú. Tenemos un libro que es el Canon de Medicina de Avisena (famoso médico persa) el cual habla de las aplicaciones del cannabis para el tratamiento de patologías como edemas y gota. Estas aplicaciones del cannabis en Asia llegaron a nosotros a occidente gracias al Dr. William O'Shaughnessy, un médico irlandés que se dedicó a estudiar su uso en India y en diferentes países de Asia. Y vino y lo trajo a occidente; él observó todos los beneficios que tenía la utilización de estas terapias.

Lastimosamente, se instauró la Marihuana Tax Act en 1937 y comenzó la prohibición realmente. Sabemos que esta prohibición se dio sobre todo por motivos raciales y económicos. Había grandes empresas detrás de esta prohibición. Pero afortunadamente, y como todo en la historia del mundo, existen pioneros, gente con coraje, gente con valor que se ha dedicado a defender los Derechos Humanos y la ciencia. Y tenemos científicos como el profesor Raphael Mechoulam, a quien tuve la oportunidad de conocer y que lastimosamente falleció a principios de este año, quien nos dejó un legado muy grande. Él fue quien aisló la molécula del THC; la aisló en el año de 1964. Nos dejó un gran legado en investigación y ese coraje de que a pesar de que era una planta que estaba prohibida, él la quiso investigar por los beneficios que encontró. Por la ciencia, en aras

de la ciencia y de mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, muchísimos otros científicos a través de la historia se han dedicado a estudiar no solamente la planta del cannabis sino el sistema endocannabinoide.

Entre ellos tenemos a Allyn Howlett y William Devane, que fueron los que descubrieron el receptor CB1. Así como vemos en esta línea de tiempo de la historia del cannabis, vemos que países como Israel legalizó el uso del cannabis para propósitos medicinales y de investigación en el 2011 y de ahí en adelante muchos países a nivel mundial han seguido esa línea de seguir haciendo investigación y de seguir haciendo todo lo que se llama advocacy para el legalizar el uso medicinal y en algunos países el uso adulto para los pacientes. Esta ha sido una planta que, como ustedes saben, ha sido demonizada.

Les voy a hablar de lo que es el marco regulatorio en Colombia.

Colombia, como ustedes saben, ha sido un país que ha vivido en las partes más oscuras en la guerra contra el narcotráfico; es uno de los países que lastimosamente lideró en este aspecto. Afortunadamente desde hace varios años ese estigma ha bajado y se mudó a otros países donde quedaron los grandes carteles. No los voy a mencionar, porque no es nada de lo que un país se sienta orgulloso, pero definitivamente en Colombia mejoró mucho el tema del narcotráfico. Sin embargo no ha podido ser erradicado completamente, pero los gobiernos siguen luchando para que esto disminuya, ya que sabemos el alto costo que ha tenido en las vidas de la población en general.

Hablando del marco regulatorio de Colombia, en 1994 la Corte Constitucional de Colombia dictaminó que la posesión de cannabis en cantidades para uso personal era legal. En el año 2012, el gobierno colombiano despenalizó oficialmente la posesión de hasta 20 g de cannabis. En el 2005, la Corte Suprema de Colombia dictaminó que se permitiría el cultivo de hasta 20 plantas de cannabis. Actualmente, en la legislación colombiana cualquier persona, cualquier colombiano, puede tener un cultivo de hasta 20 plantas. En el año 2015 el presidente Juan Manuel Santos firmó una ley que permite que el cannabis y sus derivados sean utilizados para fines medicinales.

El marco regulatorio de Colombia es un marco muy robusto, pero como los marcos regulatorios en muchos países ha sufrido muchísimos cambios, muchísimas transformaciones. Ha sido un camino muy tortuoso. Yo no critico a las primeras personas que crearon el marco regulatorio, porque siempre se crea un marco regulatorio con la mejor intención. Pero es en el camino que uno se va a dar cuenta que se necesitan reformas, que hay que mejorar otros artículos en la Constitución actual, que tenían que ver con la ley. Es de ahí donde han salido Dectretos. No me voy a detener en cada uno de estos Dectretos ni de estas resoluciones, pero comento que ha sido un camino bastante complicado realmente.

El marco regulatorio se legalizó desde el 2016. Estos son algunas de las resoluciones y de los Dectretos por los que ha pasado la ley; diferentes tipos de cambios.

Como les decía, en Colombia actualmente solo tenemos la ley de cannabis medicinal. Lo que he visto en la mayoría de los países (yo he tenido la oportunidad de ser confe-

rencista en más de 20 países diferentes en tres diferentes continentes Asia, Sudáfrica, Canadá, Europa, Estados Unidos, Latinoamérica) es que para la legalización del cannabis medicinal los pacientes son los que han sido los abanderados, exigiendo el derecho a la salud, y de ahí nosotros los médicos hemos decidido apoyar estas iniciativas porque la salud es un derecho que tenemos todos los seres humanos.

En Colombia, como les decía, tenemos un marco regulatorio muy robusto. Se permite el cultivo, la transformación, la exportación. Tenemos un mercado local muy importante. En la última encuesta que se hizo había un potencial de hasta 9 millones de pacientes que podían ser usuarios de cannabis medicinal.

> En Colombia, tenemos un marco regulatorio muy robusto. Se permite el cultivo, la transformación, la exportación. Tenemos un mercado local muy importante. En la última encuesta que se hizo había un potencial de hasta 9 millones de pacientes que podían ser usuarios de cannabis medicinal.

En Colombia tenemos diferentes alternativas; tenemos la farmacia magistral que es la alternativa más importante para los pacientes. El gobierno de Colombia tiene licencias de cultivo psicoactivo, aunque realmente, y lo mencionaban ayer en la conferencia, estas definiciones de 'psicoactivo' y 'no psicoactivo' —si bien en la práctica clínica no decimos que el CBD no es psicoactivo porque es psicoactivo— quedaron escritas en los artículos y en las resoluciones y muchas veces en el momento de hacer modificaciones a la ley solo por cambiar el término cuesta mucho. Entonces en Colombia realmente sigue igual así, psicoactivo no psicoactivo. Se habla del psicoactivo para el que tiene más del 1 % de THC y del no psicoactivo para el que tiene menos del 1 %.

El programa de licencias es bastante robusto en Colombia. Hubo un boom muy grande de la industria del cannabis medicinal. Se adjudicaron aproximadamente 2000 licencias. Lastimosamente, muchas personas creyeron que este iba a ser el negocio del año, 'la fiebre del oro verde'; mucha inversión vino de otros países: de Canadá, de Europa. Obtuvieron licencias, pero lastimosamente el marco regulatorio y la velocidad con la que se mueve el proceso de licenciamiento de cultivo de producción, de extracción, no fue al mismo paso ni a la misma velocidad que la industria lo necesitaba y es por eso que actualmente muchas de estas licencias no se están utilizando, muchas de estas compañías no sobrevivieron y quebraron. Otras de las grandes compañías que se

asentaron en Colombia con la esperanza de tener una industria muy prolífera se fueron de Colombia, precisamente por la lentitud.

Yo quisiera que todo hubiera sido tan rápido como los pacientes lo necesitaban. Como médico, siento que en la industria debe ser una industria saludable para que los médicos podamos tener un producto de calidad que recetarle al paciente, que cumpla con estándares de calidad, con estandarización, y que sea sobre todo accesible. Entonces por eso la competitividad. Y que sea una industria saludable, que haya oferta, que haya variedad. Como decía Alfredo Pascual ayer, tiene que haber variedades, tiene que haber accesibilidad, y tiene que haber educación para que tanto el médico como el paciente puedan acceder.

> Hablando de la prescripción del cannabis medicinal en Colombia, nosotros los médicos tenemos dos alternativas: los productos con registro sanitario y los productos que son derivados de farmacia magistral, lastimosa o afortunadamente.

En la regulación de Colombia yo he tenido la oportunidad de participar en diferentes escenarios. En este caso un hito muy importante sucedió en el 2021 cuando la industria se encontraba muy estancada. Porque, por ejemplo, en Colombia no se permitía exportar la flor seca y esto para la industria era algo muy complicado. Muchas de las industrias que se instalaron en Colombia estaban mirando por las condiciones climáticas y geográficas y por la mano de obra asequible que tenía en Colombia: iba a ser económico cultivar y exportar a otras latitudes. Pero no se permitía la exportación de flor seca.

Fue en el año 2021 que el Presidente Iván Duque firmó el Dectreto 8.811 que permitió que esa legislación del cannabis medicinal que estaba un poco estancada, avanzara.

Yo tuve la oportunidad de ser invitada por el Presidente Iván Duque a la firma de este Dectreto 8.811, que le dio un respiro a la industria del cannabis medicinal en Colombia.

Este Dectreto 8.811 ha sido muy importante. Además de permitir la exportación de la flor seca, implementó otros mecanismos para agilizar todos los procesos que tenían que pasar los licenciatarios de la industria del cannabis medicinal. Se permitió también que se hiciera dispensación a través de farmacias, se puso más por escrito cómo iba a ser el funcionamiento de la farmacia magistral, se le dio un incentivo también a los pequeños y a los medianos cultivadores.

La promesa de la ley de cannabis medicinal ilusionó mucho a los pequeños cultivadores que venían de hacer cultivos ilícitos y ellos querían a través de estas licencias poder cambiar este tipo de cultivos y convertirlo en algo lícito, legal.

La idea con este Dectreto 8.811 también es que a las empresas grandes deban comprar un porcentaje de su producción a estos pequeños productores, porque realmente ellos no tenían el músculo económico ni el poder adquisitivo para tener grandes tecnologías y se trataba de ayudar a todas estas familias que por tantos años venían del cultivo de drogas.

Esto no se ha podido ejecutar de la manera que debía ser, pero sigo viendo que el gobierno está haciendo esfuerzos para que eso se traslade y estos pequeños cultivadores puedan tener realmente esta alternativa de poder volcarse a la legalidad.

Hablando de la prescripción del cannabis medicinal en Colombia, nosotros los médicos tenemos dos alternativas: los productos con registro sanitario y los productos que son derivados de farmacia magistral, lastimosa o afortunadamente. Y lo digo así porque veo otros países que ni siquiera tienen ni el uno ni el otro. Entonces el hecho de tener tan siquiera un solo producto con registro sanitario es un beneficio para un país.

En Colombia tenemos los dos registros sanitarios. Ya les voy a explicar que el registro sanitario es algo muy limitado, pero en términos generales en Colombia hacemos prescripción básicamente a través de la farmacia magistral. La farmacia magistral tiene que cumplir con unas características muy especiales de los productos que tenemos registrados con registro sanitario. Solo hay dos en todo Colombia. En el 2016 el INVIMA registró y permitió el registro del Satix, que todos lo conocen, pero desafortunadamente es extremadamente caro y no se lo puede recetar al paciente porque definitivamente el costo es altísimo. Fue aprobado particularmente para pacientes con esclerosis múltiple que tienen espasticidad. El otro producto con el que tenemos registro sanitario y el único que es de origen nacional se llama Neviot; es un cannabidiol purificado. La verdad que si lo comparamos con el Epidiolex, que era la idea del Neviot, es muchísimo más asequible.

El costo son 300.000 pesos y son 60 ml y trae 100 mg por mililitro el frasco. Es una alternativa importante, la venden en muchas más farmacias. Pero la farmacia magistral es lo que en el día a día utilizamos más en la práctica clínica. Tenemos que saber que la farmacia magistral en teoría es un producto único para un paciente único para una patología única. Ese es el espíritu de la farmacia magistral; en el momento que hacemos la receta para farmacia magistral se deben poner los miligramos de CBD, los miligramos de THC, el vehículo. En Colombia la farmacia magistral por ahora solamente la tenemos con el CBD, con el THC y se reportan en algunas ocasiones el CBN. No es la magistralidad que esperaríamos de poder tener cannabinoides ácidos, el CBG, otros tipos de cannabinoides. Pero como les digo, realmente yo me siento afortunada porque por lo menos nuestros pacientes en Colombia tienen acceso a productos quimiotipo 1, quimiotipo 2, quimiotipo 3, con diferentes concentraciones de CBD y de THC, todo acorde al criterio médico. Y cuando el producto tiene concentraciones altas de THC, la receta es una receta de producto controlado; ya cuando es con el CBD es otro tipo de receta.

Paradójicamente, uno esperaría que Colombia estuviera inundado de laboratorios que producen farmacia magistral, pero realmente no hay muchos laboratorios. Estos laboratorios deben tener una certificación que se llama 'buenas prácticas de elaboración', que es otorgada por el INVIMA. El INVIMA es la entidad que regula los medicamentos y muchos temas también de salud en Colombia. Y los requerimientos del INVIMA para estos laboratorios con buenas prácticas de elaboración son bastante estrictos. Por ello no hay muchos laboratorios. Tenemos muchísima oferta de magistral con productos ricos en CBD o quimiotipo 3. Pero tenemos muy poca oferta de quimiotipo 1 y quimiotipo 2, que son el balanceado y el alto en THC. Pero por lo menos tenemos algo con lo cual podemos venir tratando a nuestros pacientes en estos años.

Como les decía, el cannabis medicinal se legalizó en Colombia en el 2016 pero fue apenas hasta hace dos, tres años que pudimos tener medicamentos como estos que son la farmacia magistral. Entonces definitivamente yo siento que es muy difícil el trabajo que tienen las entidades reguladoras, el Ministerio de Salud. Pero en el momento pasa que una ley de cannabis medicinal deber proveer a los pacientes un acceso seguro a medicamento. Lastimosamente, por temas regulatorios y burocráticos esto no es tan rápido como debería ser. Nosotros en nuestras clínicas tenemos un promedio de pacientes y miramos que la patología por la que más consultan es por dolor crónico: más o menos el 50 %. Los trastornos de sueño es un porcentaje bastante grande; ansiedad depresión y trastorno de estrés postraumático. En Colombia hay bastante trastorno de estrés postraumático debido a toda la violencia que se vivió en las épocas más duras del narcotráfico. Y bueno, tenemos epilepsias y otro tipo de patologías.

Yo he tenido la oportunidad, y por eso digo que es muy importante el rol de los médicos, cuando podemos acercarnos a los gobiernos y a los reguladores para poder defender el derecho que tienen los pacientes a la salud. No siempre los pacientes tienen esa oportunidad de tener un acercamiento con los reguladores.

En Colombia la ley es muy robusta y es muy completa, pero hasta el año pasado faltaba un pilar fundamental que era el tema de cobertura por parte del sistema de salud. Yo también tuve la oportunidad de reunirme con la directora de política de drogas del Ministerio de Salud y con el director del INVIMA, con el ministro de Justicia. Casualmente esta reunión fue en noviembre del año pasado.

Yo siempre acentuaba en todas las conferencias que daba la necesidad del acceso para los pacientes a la consulta. Para mí era muy triste ver cómo el paciente consultaba, pagaba su consulta de manera privada, pagaba por su medicamento de manera privada. Y el paciente mejoraba mes a mes, venía el segundo y el tercer mes, y ya al mes siguiente al tercer o cuarto mes regresaban y decían: «Doctora yo he mejorado mucho, pero yo no puedo seguir pagando por este medicamento». El salario mínimo en Colombia es de aproximadamente un millón de pesos y el costo entre la consulta y el medicamento podía ser hasta de 350 o 400.000 pesos. Entonces, cómo le vamos a pedir a una persona que deje la mitad de su salario mensual en esto.

Tuvimos muchas conversaciones con el gobierno tratando de ver cómo el sistema de salud podía hacer esta cobertura. La gran noticia después de esta reunión en noviembre fue que en diciembre el Ministerio de Salud publicó el Dectreto 2.808, de diciembre del 2022, que dice que a partir del primero de enero del 2023 la farmacia magistral con derivados a base de cannabis debe ser cubierta por el plan básico de salud con recursos de la UPC. Eso fue una noticia hermosa, espectacular. Yo me sentí muy feliz. Pero, bueno, lastimosamente estamos a noviembre, ya han pasado diez meses y todavía no hemos visto este hermoso Dectreto ejecutado. Todavía no estoy viendo que los pacientes puedan tener acceso. Pero, bueno, hay que seguir. Hay que seguir luchando por los derechos de los pacientes. Yo siento que definitivamente cuando uno se acerca a través de la academia, a través de la evidencia científica y propone este tipo de iniciativas es fácil que sean escuchadas. Y lo hemos visto a través de la historia. El tema que veo es que una de las barreras más grandes es el momento de hacer la implementación.

> Yo siento que definitivamente cuando uno se acerca a través de la academia, a través de la evidencia científica y propone este tipo de iniciativas es fácil que sean escuchadas. Y lo hemos visto a través de la historia.

Los reguladores se toman mucho trabajo haciendo las leyes, pero luego el tema es el tiempo que toman en implementarlas. Pero esto sucede en todos los países.

Este es un poco el resumen del escenario del cannabis medicinal en Colombia. El año pasado se intentó legalizar el uso adulto. Para que se legalice tenía que pasar ocho debates y llegamos hasta séptimo debate y ya cuando estaba la ley en la puerta del horno, se cayó definitivamente. Muchas personas estaban esperando que se legalizara el uso adulto en Colombia, pero por diferencias que había en el actual gobierno con los diputados y con el congreso se cayó en último momento. Nuevamente ahora se volvió a empezar el camino de las de los ocho debates; ya vamos para tercer debate. El tiempo dirá cómo va a terminar esto. Esperemos que Colombia pueda seguir los pasos de Uruguay que han sido visionarios y pioneros, y podamos legalizar el uso adulto. No sé si se logrará para este año, probablemente sea para el año siguiente.

Colombia es un mercado en el cual se presentan muchos retos y muchas oportunidades. Definitivamente es importante el tema de investigación, como lo decía Facundo. La investigación para nosotros como médicos es un pilar fundamental y si bien nosotros nos apoyamos en tantas publicaciones y de tantas revistas de medicina que hay a nivel mundial.

En Colombia un producto no puede tener un registro sanitario si no existen estudios clínicos, si no existen estudios de fase uno, fase dos y fase tres que hayan sido hechos en el mismo país. Eso es lo que está limitando la obtención de registros sanitarios para productos en Colombia. Porque se tiene que hacer investigación y realmente la industria actual del cannabis no está pasando por su mejor momento. Entonces no hay muchos recursos de investigación. Por eso yo siempre le pido al gobierno que utilice recursos privados, recursos del gobierno para poder hacer investigación en las universidades en Colombia.

Yo soy cocreadora de la primera diplomatura que se hizo en Colombia. La empezamos a organizar en el 2018, y en el 2019 empezamos a hacer certificación a través de posgrado con una certificación universitaria para médicos. Y la verdad ha sido algo muy interesante.

En el 2018 cuando estábamos haciendo la creación de esta diplomatura, yo pensaba que ya para el 2023 íbamos a tener más de la mitad de los médicos de Colombia haciendo prescripción. Lastimosamente esa no es la realidad. Todavía hay mucho estigma. Sin embargo, me siento muy agradecida porque en la Asociación Médica Colombiana de Cannabis Medicinal —que yo soy cofundadora— tenemos médicos de todas las especialidades: tenemos psiquiatras, tenemos neurólogos, tenemos internistas, tenemos cardiólogos, ortopedistas, tenemos hasta dermatólogos. Eso quiere decir que cuando se presenta la evidencia científica el médico se acerca y esto lo he aprendido mucho a través del tiempo que he tenido que dar conferencias y clases universitarias: cuando uno como médico se presenta con evidencia científica esa es la mejor manera de atraer a la academia y al gremio médico. Es el curso que tenemos como médicos; es la evidencia la que nos mueve y la que nos hace sentir seguros en el momento de hacer prescripción.

En Colombia, como les digo, siento que hemos recorrido un camino muy largo; ha sido un camino tortuoso, pero al día de hoy siento que la regulación ha evolucionado, no a la velocidad que quisiéramos, pero me siento satisfecha de saber que por lo menos tenemos un marco regulatorio que permite que el médico haga prescripción, que no limita al médico por especialidad para recetar; que las patologías para las cuales se puede recetar el cannabis medicinal son bastante amplias y que definitivamente los pacientes están teniendo ahora acceso a través de la medicina privada.

Pero sé que muy pronto a través del sistema de salud se va a poder implementar y la idea es esta: la salud es un derecho que tenemos todos y tenemos que seguir luchando para que nuestros pacientes puedan tener acceso seguro, puro e informado. Y la manera en la que yo veo y lo que yo siempre hablo es a través de la educación.

Si el médico no se entrena, si el médico no se certifica, ese médico no se va a sentir confiado en hacer prescripción. Y si el médico no prescribe, el paciente no va a tener acceso al cannabis medicinal. Y si el paciente no tiene acceso, esta ley se hizo por nada. La ley no se hizo por la industria; el espíritu de la ley del cannabis medicinal es por el paciente. Entonces no podemos olvidar ese norte que hemos tenido, que es el paciente.

Una gran noticia para mí fue cuando el año pasado el Colegio Médico Colombiano me llamó. Como en muchos países, el Colegio Médico es el ente certificador de los médicos. Me dijeron que deberíamos montar una certificación para médicos del colegio. El Colegio Médico Colombiano tiene aproximadamente 25.000 afiliados y montamos una certificación de prescripción para médicos. Realmente yo pienso que esto es algo muy importante, porque vamos a seguir penetrando y permeando la comunidad médica, la comunidad científica, pero a través de la educación y a través de la educación basada nuevamente en evidencia científica. Ese tiene que ser el estandarte y el pilar fundamental.

Otra cosa que hablaba con el doctor Facundo es que a través de tantos años que llevamos haciendo prescripción ya tenemos una cantidad de pacientes. A eso es lo que se llama 'evidencia del mundo real'; que si bien los estudios randomizados, controlados, los metaanálisis son el gold estándar que siempre hemos utilizado, no podemos descartar esa evidencia del mundo real que todos los que están aquí tienen cohortes de pacientes con dolor crónico, con alzheimer. Hay que ser juiciosos con recopilar toda esa información, porque esa información les sirve también a otros colegas y sirve para publicar. Yo integro el Consejo Editorial del American Journal of Endocannabinoid Medicine. Y también en Cannamerica. Me siento orgullosa de ser parte de Cannamerica. Todos los años hacemos una conferencia grande en un país diferente de Latinoamérica. Se ha hecho en Chile, en Argentina, en Perú, este año se hizo en Ecuador y aquí congregamos a todos los médicos de Latinoamérica y vienen y presentan sus pósters, sus trabajos de investigación. Y me da mucha emoción ver cómo muchos médicos de Latinoamérica tienen mucha más experiencia clínica y han visto muchos más pacientes que se han tratado con cannabis medicinal que cualquier médico en Europa.

> Los metaanálisis son el gold estándar que siempre hemos utilizado, no podemos descartar esa evidencia del mundo real que todos los que están aquí tienen cohortes de pacientes con dolor crónico, con alzheimer.

¿Saben que los médicos en Estados Unidos no pueden hacer prescripción? Solo pueden hacer recomendación. Recientemente, hace dos meses, me invitaron a hablar en UCLA, en California, y me llamaba la atención cómo los médicos de Estados Unidos venían hacia mí y me decían: «¿Cómo es posible que ustedes pueden recetar en Latinoamérica? nosotros en Estados Unidos no podemos, solo podemos recomendar el cannabis medicinal».

Entonces, miremos lo bueno que tenemos del lado de Latinoamérica: todos estos médicos con tanta experiencia, que han hecho tanto por los pacientes. No seamos solamente nosotros los que miramos hacia arriba, para ver lo que están haciendo ellos, sino que ellos empiecen a mirar la evidencia científica que tenemos y que nosotros hemos construido con nuestros pacientes por tantos años. Estos son los retos que tenemos en Colombia para la prescripción.

Ya se los dije poco a poco; definitivamente hay algo en lo que tenemos que acentuar mucho y tenemos que seguirlo propagando; es seguir con los programas de farmacovigilancia, promover la estandarización, seguir con la educación en universidades. La idea sería que todas las universidades en pregrado enseñen acerca del sistema endocannabinoide, porque definitivamente deberíamos empezar ahí para que el médico, desde sus etapas tempranas, conozca el sistema endocannabinoide y no sea que ya después de posgrado tengamos que ser unos cuantos explicándoles qué es, que hay un sistema endocannabinoide. Esto debería ser un concepto de pregrado de enfermería, de veterinaria de casi todas las ramas de la salud. Entonces es muy importante también desarrollar programas de monitoreo de riesgo y abuso. ¿Por qué? Porque la mayoría de los detractores de estas leyes se quieren basar en las adicciones, en el uso problemático. Pero si el médico desde los inicios está monitorizando a ese paciente, le explica los riesgos, le hace un seguimiento, nada de eso tiene por qué suceder. Obviamente sabemos que existen poblaciones de riesgo. Los adolescentes, pacientes con enfermedad cardiovascular inestable… Pero riesgos no significa que el paciente no pueda tener acceso a algo si está bajo supervisión y monitorización médica. Es raro que esto suceda. Entonces es importante separarnos de esa narrativa que tienen muchos médicos que están en contra del cannabis medicinal dicen «es que las adicciones…, es que la psicosis, es que la esquizofrenia… ». Pero vamos a hablar del seguimiento a los pacientes, del producto regulado, del producto estandarizado, porque cuando la medicina se hace de manera consciente y responsable esto no tiene por qué suceder.

Hay algo en lo que tenemos que acentuar mucho y tenemos que seguirlo propagando; es seguir con los programas de farmacovigilancia, promover la estandarización, seguir con la educación en universidades.

Ahora les voy a hablar muy rápido de la legalización de Panamá que fue un proceso que lo viví desde que empezó, que casi que ha sido un bebé para mí.

Se presentó en el 2017 la iniciativa del proyecto de ley en Panamá. Me acuerdo que se

presentó solo una hoja por un solo lado a uno de los diputados.
Yo he sido voluntaria de una fundación que ayudamos a niños con epilepsia y muchas madres en Panamá, así como en muchos países, se tenían que ir a otros países a buscar el medicamento: en Estados Unidos, el Charlotte's Web, para poder darles a sus hijos. Entonces de la fundación se le pidió a un diputado que presentara la iniciativa en 2017. A través de muchas sesiones en la asamblea legislativa en el congreso, de ir y venir. Yo comentaba que uno como médico tiene su consulta y tiene sus compromisos académicos. Yo me acuerdo en este entonces que iba y me llamaban y me decían que ese día se iba a discutir el proyecto de ley de cannabis medicinal. Llegaba a las 8 de la mañana y eran las 2 de la tarde y seguía sentada; todavía no había pasado en la agenda el proyecto de ley, porque estaban hablando de otras cosas. Fueron horas y horas interminables. De repente uno pasaba todo el día y le decían que la agenda no alcanzó a llegar a la ley del cannabis medicinal. Entonces le toca a uno irse de nuevo.
Entiendo cómo trabajan los activistas, los legisladores, los diputados que quieren proponer un proyecto de ley. Yo creía que eso era un proceso tan fácil y que no les costaba sino sentarse y escribir una ley. Pero lo que cuesta presentar un proyecto de ley, sentarse allí a esperar que lo acepten, que lo lean, que lo pasen a primer debate, a segundo debate. Este proyecto de ley pasó también por mucho en el gobierno anterior. Pasó a primer debate, luego a segundo debate, lo devolvieron de nuevo a primer debate. Fue muy tortuoso realmente.
Luego cambió el gobierno y cuando cambió el gobierno yo me di cuenta de que había que explicarle al nuevo gobierno que estaba entrando qué es el cannabis medicinal, qué es la planta del cannabis. En el año 2019 fui nombrada profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, encargada del Programa Científico de Cannabis Medicinal. Y lo que hicimos cuando entró el nuevo gobierno fue hacer una conferencia para el Ministro de Salud, la Directora de Farmacia y Droga, los directores de los principales hospitales. Porque el proyecto de ley no estaba avanzando, porque había mucho estigma, mucho desconocimiento. Y a través de hacer educación es que se vence ese estigma. Entonces hicimos esa conferencia y de esa manera los reguladores que estaban entrando a esta nueva posición entendieron de qué estábamos hablando y se disminuyó un poco el estigma. No quiere decir que fue fácil, pero definitivamente se logró y fue en el 2021 que se legalizó el cannabis medicinal en Panamá. Yo tuve la fortuna de ser el único médico invitado a hablar en el pleno del Congreso el día antes de la legalización de que se aprobara el proyecto de ley 153, después de muchos años de estarme sentando, subiendo y bajando escaleras en el Congreso, en la Asamblea. Valió la pena. A mí mucha gente se me decía: «Ay, pero te pagan por eso y tú estás perdiendo horas de consulta, estás perdiendo». Pero cuando uno hace las cosas por convicción, no espera remuneración económica. Y es el deber del médico poder ayudar a los pacientes.
También tuve la oportunidad de ser invitada a las Naciones Unidas en el 2021 en Nueva York, para hablar de lo que es el impacto de la legalización del cannabis medicinal,

del impacto social. La verdad es que fue algo muy bonito, porque en la consulta y en la práctica clínica vemos el impacto no solo en el paciente, sino también en la familia. Por ejemplo, en los pacientes con epilepsia, ese niño que convulsionaba 400 veces al día y luego redujo sus convulsiones a la mitad, o en algunos casos dejó de convulsionar por completo; esa madre que no podía ir a trabajar porque tenía que quedarse en casa con su hijo, ahora puede trabajar. El hermano también puede pasar más tiempo con su madre, y la economía del hogar mejora con un doble ingreso. Este es el impacto en la sociedad y en la salud general que puede tener el cannabis medicinal, que tiene indicaciones para patologías específicas y puede causar un impacto significativo.

También fui invitada por el presidente de la República de Panamá a la firma de la reglamentación de lo que ya se llama Ley 242, que regula el uso del cannabis medicinal en Panamá. No me detendré mucho en cómo es ni en lo que dice la ley de Panamá. Lamentablemente, toma mucho tiempo implementar la reglamentación. Se firmó en 2021, estamos en 2023 y aún no se ha implementado. Sé que el gobierno está haciendo grandes esfuerzos para que se implemente rápidamente. En Panamá ya existen dos tipos de licencias: la licencia 1 para cultivo, extracción, importación, exportación y comercialización, y la licencia 2 para investigación. Este marco regulatorio de la ley de Panamá me parece muy completo porque es una ley nueva y tuvimos la oportunidad de revisar todas las regulaciones de países en Latinoamérica, Europa y Australia, tomando lo mejor de cada uno y evitando los errores cometidos por otros países. Estoy muy optimista con este marco regulatorio. Solo esperamos que se implemente rápido, porque los pacientes siguen esperando y pidiendo.

Lo peligroso es que, como el anuncio salió en televisión y fui entrevistada en CNN, los pacientes creen que ya es legal. Entonces, lo compran en la calle, a personas que no tienen estandarización ni buenas prácticas, lo que puede convertirse en un problema de salud pública. Hay mucha especulación, afirmaciones falsas y productos vendidos de manera informal, lo cual es un riesgo para los pacientes. Las madres desesperadas y los pacientes oncológicos siguen comprando en la calle mientras no se implemente la regulación. Esto lleva a dosis inadecuadas y efectos secundarios, ya que los médicos no se atreven a recetar debido a la falta de una industria regulada y estandarizada. Así, el mercado gris o paralelo sigue vendiendo de manera informal. Y es ahí donde a mí me preocupa que una ley que ha salido tan bien hecha, tan bien pensada para los pacientes, pues podría llegar el caso en que uno de estos pacientes compre un producto en la calle que no se sabe qué que contiene, le causa un daño a un paciente y entonces sale el escándalo mediático y empiezan a decir que el cannabis es malo, que le hizo daño a una persona.

Y es aquí donde yo quisiera (y sé que esto es en un mundo ideal) que, el momento que sale una regulación o una reglamentación, sea simplemente rápido, porque los pacientes siguen quedando en el aire.

En Panamá se logró una ventaja. En Colombia la presentación que se pueden utilizar

para prescripción es la vía oral, pero no tenemos la vía inhalada (no vía fumada, sino vía inhalada), pero en Panamá sí se incluyó la vía inhalada, o sea, la flor seca no fumada. Recordemos que son dos cosas diferentes, porque fumar no es una vía de administración médica en Panamá.

Tampoco se restringió cuál especialidad debe ser en la que hace prescripción. Cualquier médico puede hacer prescripción. También algo muy importante es que en Panamá la ley dice que el médico que quiera hacer prescripción de cannabis medicinal debe contar con una certificación avalada por el Ministerio de Salud. Eso me parece muy bien, porque eso también va a motivar a los médicos a estudiar, a certificarse. Y espero que esto sea una manera para que el médico se anime más a hacer prescripción, ya que invirtió en hacer una certificación para poder ofrecerle al paciente una alternativa terapéutica.

Algo muy importante es que en Panamá la ley dice que el médico que quiera hacer prescripción de cannabis medicinal debe contar con una certificación avalada por el Ministerio de Salud.

Se va a hacer dispensación a través de farmacias y establecimientos autorizados. Los cultivos que se permitirán en Panamá (creo que ya la semana entrante van a decir, porque ya se pasó por el proceso de aplicación de licencias) van a ser solo siete licencias para todo el país y va a ser un cultivo controlado que va a tener que cumplir con todos los estándares de calidad y protocolos de seguridad.

Definitivamente, como les decía, pienso que es una ley muy robusta. También las indicaciones para las cuales se aceptó el uso del cannabis medicinal han sido bastante amplias. Eso es muy bueno porque hay muchos países donde la restringieron solamente para esclerosis múltiple, espasticidad y epilepsias. El marco regulatorio de Panamá y de Colombia es bastante amplio, lo que resalta la importancia del criterio del médico. La educación es crucial para que los médicos sepan para qué sirve y para qué no sirve el cannabis medicinal, alejándonos de falsas afirmaciones que lo presentan como una panacea o cura milagrosa, especialmente en el tratamiento del cáncer. Estas expectativas irreales son dañinas para los pacientes. Cuando los pacientes llegan a la consulta, es fundamental que los médicos ajusten sus expectativas, explicándoles que el cannabis medicinal no es una cura, sino una terapia coadyuvante, no un tratamiento de primera línea actualmente. Espero que algún día llegue a ser una terapia de primera línea, pero siempre y cuando sigamos los principios de ética médica, lograremos tratar a los pacientes de manera exitosa y fomentar la adherencia al tratamiento.

En Panamá, se han aceptado diversas vías de administración. Además, hay un plan de exportación muy interesante y ambicioso relacionado con la ley de Panamá. Es-

peramos que se implemente pronto porque todos los esfuerzos realizados han sido para ayudar a los pacientes, quienes actualmente no tienen acceso seguro al cannabis medicinal.

Ahora quiero hablarles de un tema que me apasiona mucho: la educación y la investigación. Soy parte del International PHY Medicines Institute, una iniciativa nacida de la Universidad de Harvard, dedicada a la investigación en plantas, con un enfoque especial en el cannabis medicinal. Nuestro objetivo es promover la educación y la investigación, y eliminar las disparidades en el acceso a estas áreas en diferentes países. Realizamos proyectos de investigación y estamos por iniciar un estudio multicéntrico sobre el cáncer de páncreas, en colaboración con universidades como Harvard, Oxford y el British College of London, con fondos del NIH. Soy la encargada del International PHY Medicines Institute para la región de Latinoamérica. Seleccionaremos tres centros en Latinoamérica para este estudio, y también tendremos centros en África y en Estados Unidos. Además, nos permitirá seguir presentándonos ante audiencias de médicos, reguladores de países, pacientes y la academia, y fundamentar por qué es valioso el uso de las terapias con cannabis medicinal. La investigación es esencial para validar y mejorar estas terapias, asegurando que se utilicen de manera efectiva y segura.

> Estamos prontos a empezar un estudio multicéntrico con las universidades que están involucradas (la universidad de Harvard, la de Oxford, el British College of London) y vamos a empezar con un estudio sobre cáncer de páncreas.

Y, también, hay que hablar de en qué situaciones se debe prescribir y en qué situaciones no se debe prescribir. Hay que hablar de lo bueno y de lo malo. Entonces, los invito a los que quieran participar de estas iniciativas de investigación, me pueden escribir.

Para finalizar, los dejo con este mensaje que siempre me ha gustado mucho:

"Nada en la vida debe ser temido, solamente entendido. Ahora es el momento de entender más para temer menos" — Marie Curie

Muchas gracias.

PERÚ

QF. Pedro Wong

QUÍMICO FARMACÉUTICO. EGRESADO DE LA MAESTRÍA DE PRODUCTOS NATURALES Y BIOCOMERCIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS DE PERÚ. FUE ASESOR PARA EL SUSTENTO CIENTÍFICO DE DIVERSOS PROYECTOS DE LEY PRESENTADOS POR EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ PARA REGULAR EL USO MEDICINAL DEL CANNABIS EN 2017.

Evolución de la regulación del cannabis en Perú

Buenas tardes. ¿Cómo están? Es un gusto estar aquí, muy contento, muy feliz.

Yo no conocía Uruguay; Montevideo es una bellísima ciudad. Gracias a la Junta Nacional de Drogas, a Daniel y al equipo de Cannamerica por invitarme y por darme este pequeño espacio para mostrar algunos avances o retrocesos que se han dado en la regulación peruana, con ánimo de que pueda servir de ejemplo para algo. Siempre se aprende, se dice, de los errores más que de los avances. Así que tenemos mucho por enseñar, si es así.

Yo soy farmacéutico; la orden farmacéutica está y siempre ha estado interesada en las plantas medicinales. Perú es un país en el que más del 70% de las personas usa y confía de manera diaria en la fitoterapia. Es muy común entre nosotros. Tan común que, miren: este es el logo del colegio farmacéutico, que este año cumple 200 años, bueno de la independencia. Es un kero, todos lo conocen; es el vaso ceremonial de los incas. Pero dentro del kero hay un personaje interesante que es el hampi camayoc (en quechua hampi es salud y camayoc es «guiador» o «maestro»), que tiene en su mano derecha un cactus de San Pedro, Echinopsis pachanoi. Y este símbolo de la salud fue tomado en un momento de recuperar la identidad y de revalorar la identidad ancestral como símbolo típico. Claro, está encima la serpiente, el occidentalismo de la medicina; pero tenemos el cactus de San Pedro, que tiene un uso ancestral muy interesante.

Este personaje, el hampi camayoc, pertenece a la cultura chavín y esta pieza en particular que se encuentra dentro de Chavín de Huántar, que es un lugar subterráneo para la consagración de los sacerdotes de esta cultura preincaica.

Es un pasaje oscuro, un laberinto, y las personas que deciden intentar postular a ser sacerdotes en esa cultura bebían el brebaje del cactus de San Pedro y entraban a oscuras. Tenían que llegar a conectarse con una deidad que es el lanzón monolítico. Así que si alguna vez alguien va para Áncash en Perú podrá ver este tema arquitectónico enorme.

El uso de este cactus de San Pedro no data solo de 720 antes de Cristo (que es de cuando data esta pieza), sino que está en piezas un poco más antiguas. El resto arquibotánico más antiguo (y no solo es el más antiguo de Perú sino probablemente del mundo) está en esta cueva que se llama la Cueva del Guitarrero, con restos arquibotánicos de 8000 años, y en particular el cactus de San Pedro de 8600. Se encontró polen y se encontraron fósiles de la corteza del cactus de San Pedro, que es algo alucinante. Es una cultura muy antigua y muy valorada.

> Perú es un país en el que más del 70 % de las personas usa y confía de manera diaria en la fitoterapia. Es muy común entre nosotros.

Actualmente el cactus de San Pedro, ayahuasca, es una planta que no se considera sustancia controlada. Incluso, no están en las convenciones (está el principio activo de algunas de ellas). Y como no están controladas, encontramos el lado opuesto: ustedes encuentran en internet polvo de cactus de San Pedro para 'añadir al carrito' sin ningún tipo de control.

Por otro lado (esto me lo mandó un amigo, del mercado de Surquillo, en Lima), un lugar donde se come exquisito y donde venden un montón de insumos de cocina y miren: cactus de San Pedro a la venta con registro sanitario de Digesa (la Digesa es la autoridad que registra los alimentos). Incluso con detalle de las propiedades. Allá esto es muy común; hay una desconexión entre el sistema sanitario convencional y los productos naturales que pueden tener algún efecto.

Entonces, ¿cómo con el cactus de San Pedro, que tiene mezcalina, que es claramente un potente psicotrópico superior al THC puede suceder esto y con cannabis no?

Yo le he traído a mi amigo Daniel una infusión de hoja de coca de Perú, para compensar la yerba mate que él me obsequió. Esta hoja de coca también está en la Convención, pero en infusión allá nos hacemos de la vista gorda. Esta infusión de coca es producida por el Enaco, que es la empresa nacional de la coca. O sea, no sé qué pasa o qué ha pasado en el mundo. La reflexión de Daniel es que una planta es distinta que la otra, distinta la concentración, distinto el tipo de extracción, es decir: queda como otra sustancia; es un cambio de drogas de país a país, que parece ser bastante irónico.

Yo junto con unos amigos médicos hemos decidido poner una práctica clínica que se llama Cannavital. Yo vengo asesorando a la federación de pacientes de cannabis, que

en algún momento eran asociaciones y antes eran solo pacientes. Entonces fuimos ayudándolos a que ellos puedan conversar en el lenguaje de la autoridad sanitaria, porque nos dábamos cuenta de que los pacientes iban con la autoridad sanitaria y el ministro decía «Sí, te vamos a solucionar» y sacaban un documento que era incomprensible para los pacientes y que al final la verdad no les servía. Entonces hemos venido ayudándolos con otro equipo de profesionales médicos y abogados.

Cannamerica ha ayudado muchísimo a que nosotros podamos observar y comparar regulaciones. Ha sido un crecimiento muy interesante.

Quiero mostrarles cómo Perú veía a Uruguay en el año 2013, ya por diciembre habían pasado las regulaciones, sin embargo todavía no se aplicaban. Pero El Comercio, que es el diario más importante (no por eso el más confiable) del Perú sacaba este titular: «Ley que legaliza la marihuana en Uruguay afectaría gravemente al Perú, advierten especialistas».

Y quiero mostrarles un brevísimo video:

Y también, un poquito antes, en 2012, cuando ya se hablaba de algo, y nuestras autoridades tenían un olfato de quién estaba pensando cambiar las normas y las estrategias, sacan esta entrevista (video). Es interesante porque en la educación con respecto al uso de sustancias, su control o la interdicción de drogas, siempre hay este aparato estatal que se apoya en organizaciones científicas. Esta se llama Cedro (Centro de Información de Drogas) y tenía este lenguaje como lo van a ver ahora (video).

Años más tarde, en 2019, otro periódico, un poco más interesante, titula: «Tráfico ilícito de marihuana disminuyó más de cinco veces desde que se legalizó la venta en Uruguay».

En esos años, del 2013/14 al 2019, hubo cambios enormes, tanto así como las diferencias de estas de estas portadas.

Yo voy a basar mi presentación desde este punto de vista: desde donde me gusta ver el tema es la disponibilidad que tienen los pacientes para los medicamentos controlados versus el excesivo o bajo control que pueden tener, y cómo este equilibrio puede afectar a los pacientes.

Desde ahí empecé a estudiar el tema. Perú adopta las Convenciones Internacionales en el año 1978. Hay que entender que Perú estaba en un momento muy complicado, había tenido un golpe de estado unos años atrás, en 1975. Estábamos en un momento bien complicado para el tema de derechos y de derechos ciudadanos.

Se adopta esta convención y una de las cosas a las que más querían eliminar era la masticación de hoja de coca, algo que nuestro país se hace de manera ancestral ritual y tiene una cultura muy muy profunda. Vamos a ver en qué quedó esto, si lograron hacerlo o no.

El Estado con una permanente acción moralizadora, bastante subjetivo. En Perú generalmente nos excedemos; somos más papistas que el papa.

Miren: si ustedes llegan a Cuzco, cuando ustedes entran al aeropuerto Velasco van

a caminar para pasar a recoger sus maletas y se van a encontrar una fuente con hojas de coca con un cartel que dice: «Por favor, solo tome tres». Yo me imaginaba llegar a Montevideo y encontrar una fuente de cannabis no psicoactivo…

La convención reconoce que el uso de estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y deben tomarse medidas necesarias para garantizar la disponibilidad.

Y eso es lo que hemos estado no haciendo. Hemos estado sobrevalorado los controles y no pensando en la disponibilidad. Ustedes ya saben dónde colocaron al cannabis y a dónde se fue, ¿no? Quién soy yo para venir a Uruguay a decir esto…

Perú, Canadá, Argentina Uruguay e Israel estamos en la misma convención sin embargo tenemos modelos muy distintos y aproximaciones muy distintas y todas posibles.

Perú en la ley del tráfico ilícito de drogas coloca el cannabis número uno en la lista. Nosotros, a diferencia de Uruguay pusimos una lista inventada por Perú, y también coincidía que la uno era la más terrible. Como en Perú el problema de las drogas está decidido o diseñado por la afectación a salud pública, es el Ministerio de Salud quien tiene que dar la norma específica. La Ley General de Salud del año 97, en el artículo 61, habla específicamente sobre los estupefacientes y psicotrópicos. Así que todo va encajando de acuerdo a la especialización de la norma, porque si está afectando la salud tiene que ser el Ministerio de Salud quien norme.

Perú en la ley del tráfico ilícito de drogas coloca al cannabis número uno en la lista. Nosotros, a diferencia de Uruguay pusimos una lista inventada por Perú, y también coincidía que la uno era la más terrible.

Esta ley crea el reglamento de estupefacientes, que sale cuatro años después (2001). El reglamento estupefaciente 023 efectivamente prohíbe en el artículo 2 la producción, fabricación, exportación, importación, comercio y uso de la sustancias de lista 1ª. y 1b. Hay más sustancias, ustedes las conocen, pero en 1a. está el cannabis, resinas y aceites esenciales. O sea, aquí estarían los terpenos, pero en esa época no sabían. En la lista 1b, el tetrahidrocanabinol, isómeros y variantes. Aquí estarían los cannabinoides.

Entonces a partir de este momento la ley se hace efectiva y encaja específicamente en el tema de salud. Pero por otro lado está el código penal.

Escuchamos las experiencias de otros países y vemos que los pacientes han arriesgado mucho por lograr esto, y en Perú también lo han arriesgado; sin embargo, nosotros como profesionales de la salud, cualquier «médico, farmacéutico, químico, odontólogo y otro profesional sanitario que receta, prescribe, administra o expende medicamento

que contenga estupefaciente o psicotrópico será reprimido con pena privativa de la libertad» (artículo 300, Suministro indebido de droga).

Esto estaba más complicado que en Chile, por ejemplo. Para los médicos que están acompañando a los profesionales, si bien un buen abogado podría acompañar, está muy difícil el tema de la policía; incluso podemos perder la habilitación profesional. Entonces los profesionales también nos jugamos en ese momento cierto riesgo.

Con la Universidad Cayetano Heredia hemos hecho bastantes cursos de educación y uno de ellos, que me gusta mostrar siempre, es con el doctor José Ugaz (el abogado penalista más importante de nuestro país). Él fue quien fue el procurador en el caso de Fujimori – Montesinos. Gracias a este señor tenemos preso a nuestro flamante presidente.

> La ley del cannabis en el Perú dice que se tiene que permitir el acceso, pero esto no se cumple.

Con él vimos y revisamos el código penal y nos quedó claro, con una voz autorizada, que el consumo, el porte e incluso el cultivo, si no tienen fines de comercialización no son penales; no tienen un efecto penal.

Logramos estudiar el tema un poco tarde, porque primero tuvo que suceder este tema medicinal para que las personas que consumen en general, los usuarios y los profesionales y los que tienen una intención médica en investigar puedan conocer bien la norma.

La norma estaba muy poco estudiada, poco revisada y quienes la ejercían era la fuerza policial. Había muchos presos por este tema.

Entre los años 2016 y 2017 se dan las primeras manifestaciones públicas.

María Montoya, nuestra amiga, que este año nos dejó y que hubiera estado encantada de estar por aquí, invitó al Dr. Sergio Sánchez en el año 2016 para que en Perú se den las primeras consultas para uso medicinal de cannabis. Ella tiene su hija Marian que sufría epilepsias refractarias.

Perú conoció y se sensibilizó con el caso de unas madres que en San Miguel cultivaban sus plantas y una noche llegó la policía y las incautó y las acusó de tráfico ilícito de drogas.

En ese momento el Perú se sensibilizó con este caso e inmediatamente, a los días pocos días, el Presidente de la República manda un Dectreto de urgencia para que se permita la importación, comercialización y el uso. Pero este Dectreto de urgencia nunca se aplicó de urgencia, no hubo ningún interés en aplicarlo de urgencia. Sin embargo, lo bueno de esto fue que dio el puntapié para que el Congreso (generalmente es el Congreso de la República quien propone las leyes, sin embargo el Ejecutivo tiene esta potestad que

nunca se cumple acá; existe un juego de tronos entre el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo) hiciera un proyecto de ley que autorizaba la importación y la comercialización. Nosotros sabemos qué pasa cuando solo estamos obligados a importar. No hubo otros proyectos de ley durante todo el año; o sea, eso de urgencia nunca sucedió y varios proyectos de ley (por lo menos fueron ocho). Yo tuve el honor de participar en tres, en los que no solo se contemplaba la importación, sino también la producción, como con cualquier otro medicamento, los clubes cannábicos de pacientes y la producción nacional. En general este proceso duró casi un año. En un momento empieza a debatirse por qué demoró tanto, porque pese a que hubo una sensibilidad nacional con respecto al tema, nuestros funcionarios no tenían mucho interés en hacer que esto se viabilice.
No fue hasta que el Colegio Médico del Perú (quien juega un rol importante) hace un simposio internacional. Estuvo Sergio con otros médicos peruanos. El Colegio Médico tiene un auditorio para 400 personas en la ciudad de Miraflores. Ese día se llenó con 1000 personas; no pudo entrar nadie más. Incluso algunas personas se treparon y se metieron (o sea, un síndrome de abstinencia real, ¿no?).
Luego se hizo un curso, el primer curso propedéutico, y pudimos dar una pequeña primera promoción para que los médicos conozcan la práctica clínica del cannabis. Actualmente, las universidades, así como en Argentina, han jugado un rol importante en desestigmatizar y educar a los pacientes.
Tuvimos con la universidad Cayetano Heredia la oportunidad de hacer un curso, a pedido de la policía antidroga, de peritaje y detección, que es algo bien interesante.
En mi país en temas políticos van saliendo muy rápidamente. Tenemos un promedio de presidente cada un año y medio o dos, y de ministros, casi ocho al año. Entonces es muy difícil mantener políticas públicas. Los funcionarios rápidamente van cambiando y esto queda solo como una anécdota interesante.
La votación en el pleno del Congreso fue con 64 votos a favor, 5 en contra y 5 abstenciones, se aprueba la fabricación de cannabis como cualquier otro medicamento y lo interesante es que se saca el cannabis de la lista 1a y 1b. Y esto propone cosas bastante buenas y flexibles.
La ley del cannabis en el Perú (resalto los puntos más importantes) dice que se tiene que permitir el acceso. Pero esto no se cumple. La Digemid, que es la autoridad sanitaria de medicamentos, establece las condiciones para la producción y la licencia que se da, se otorga exclusivamente a entidades públicas y a laboratorios debidamente registrados y certificados. Lamentablemente en la ley establece que quien va a fabricar o producir cannabis debe tener primero un laboratorio farmacéutico y luego poner un campo de cultivo; algo que es absolutamente insostenible. En el Perú solo dos empresas lograron tener licencia y ninguna pudo llegar a cultivar. Así que no sirvió realmente la aplicación de la ley.
Para el proyecto de ley nosotros estuvimos en el comité en la que se iba evaluar el uso de cannabis. Yo fui por el Colegio Farmacéutico y me di cuenta de que en ese comité

éramos solo dos (el Colegio Farmacéutico y el Colegio Médico) de los 10 integrantes; todos los demás miembros eran de entidades públicas. Nosotros éramos los únicos que estábamos de acuerdo con el uso de cannabis. Así que estos otros funcionarios, que no estaban de acuerdo con el uso de cannabis, eran mayoría. Bueno, pese a ello salió la ley, porque eso dependía del Legislativo. Pero se le encarga a este mismo grupo hacer el reglamento. Entonces, ya se imaginan que no iba a ser tan sencillo.

Este reglamento salió y pedía que los médicos tengan una especialidad para prescribir cannabis. Pedía que solo se obtenga registro sanitario de los medicamentos herbarios y en el Perú los medicamentos herbarios, pese a que suena muy bonito, son los que tienen ensayo clínico. Entonces solo iban a entrar Marinol, Cesamet, Satix, Epidiolex. El cannabis, todos los manejos de cannabis, iban a estar dentro del reglamento de estupefacientes del año 2001 que les comenté. Antes estaba prohibido, ahora ya estaba permitido. Pero ¿qué tan controlado estaba? En el reglamento de estupefacientes las recetas valen por 3 días, o sea, cada 3 días hay que emitir una receta. El máximo de dosis que un médico puede prescribir a un paciente de un medicamento que está en la lista 2 es 24 horas. Este reglamento pone un límite de THC al 0.5 %, o sea, que no vamos a poder usarlo para casi nada.

Incluso el artículo 32 del reglamento de estupefacientes dice que cuando una persona muere y queda con estupefacientes en la casa tiene que ir a devolverlos.

Vean ustedes este problema de exceso de control y poca accesibilidad, no es algo que nos dimos cuenta ahí. Esto ya lo menciona la OMS, que en el año 2011 saca un documento asegurando el balance de acceso y control, y dice claramente que regulaciones muy restrictivas no impiden el desvío si no que hacen difícil el acceso.

Esto no solamente lo manifiesta la OMS, sino que en el año 2011 también la UNODC saca un documento que, entre otras cosas interesantes, manifiesta medidas que no son requeridas por las convenciones pero que algunos países toman. Y Perú las tiene todas: medidas que no piden las convenciones y que son excesivas. Nosotros ahí sí cumplimos con todo. Somos buenos alumnos para ciertas cosas.

Nosotros hicimos un estudio evaluando la disponibilidad de medicamentos controlados en el Perú, porque tiene un observatorio de precios. Y estamos esperando que se publique este artículo. Los datos que sacamos es que solo el 0,2 % de personas que tienen prescripción de estupefacientes logran acceder en el mercado (esto es en la lista 2, que es la más difícil; es en la que iba a estar el cannabis) y menos del 15 % iban a poder acceder a los de la lista 4 (que es donde está el diazepan, que es una lista más laxa).

Entonces, ¿qué pasa? Hay menos oferta porque el médico no lo quiere prescribir, porque el farmacéutico no lo quiere tener (porque si se me va una pastilla más o una menos, hasta pena de cárcel puedo tener) y la consecuencia del libre mercado es que los productos son más caros: 600 más caros. Y para esto no hay que hacer mucha filosofía para darse cuenta.

Se pidió intervención del Congreso nuevamente en su rol fiscalizador del Ministerio

de Salud. Y aquí la ministra sentó a todito el equipo que hizo el reglamento, y nosotros en la fila de atrás cuestionando por qué era así y por qué no mejora. Esto está en la página web y en el canal de YouTube del Congreso; si alguien tiene interés, puede ver los ocho capítulos hermosos de este de este trámite.

Finalmente, la ministra pudo ver que algunas cosas tenían cierta lógica y se logró un reglamento, que es el que estuvo vigente hasta hace un mes, que permitía que cualquier médico cirujano general pueda prescribir cannabis como cualquier otra herramienta terapéutica. Los registros sanitarios ahora incluían también al producto natural de uso en salud, que es el producto que no requiere ensayo clínico, que se basa en el uso tradicional y cumple todos los parámetros de calidad de los medicamentos. Algo como los fitofármacos que me comentaban por aquí.

El cannabis está fuera del reglamento de estupefacientes, con lo que la receta puede valer (lo pusieron explícitamente) por 30 días o lo que el médico coloque. Incluso logramos colocar que el seguro público iba a cubrir todos los tratamientos con cannabis

Logramos colocar que el seguro público iba a cubrir todos los tratamientos con cannabis.
Pero, como ya se imaginan, las mismas personas que estuvieron en el reglamento anterior, y a las que tampoco les gustó este, eran las que iban a aplicarlo.

Pero, como ya se imaginan, las mismas personas que estuvieron en el reglamento anterior, y a las que tampoco les gustó este, eran las que iban a aplicarlo. Entonces pasábamos al siguiente nivel de dificultad… Es como un juego con versión easy, medium y hard.

Logramos finalmente que esto pase, pero igual iba a caer en manos del Ministerio de Salud, que no tenía ganas de que funcione el cannabis.

Pero, efectivamente tuvimos la oportunidad de colocar Cannabis psicoactivo y no psicoactivo en el reglamento. Esto incluso era más adelantado, más moderno: «el no psicoactivo son sustancias no controladas y, por ende, excluidos del reglamento de estupefacientes». O sea que iba a ser como cualquier otra planta medicinal, porque esto no droga a nadie, centrándonos en la definición de la ley del 78, que decía que« el cannabis o marihuana era la que contenía principios psicoactivos». Utilizando esa lógica se colocó esto (que iba muy acorde a muchos países de los cuales nosotros admiramos su salud pública). Sin embargo esto no llegó a prosperar, pese a que estaba en el reglamento.

La autoridad sanitaria emite periódicamente un boletín informativo sobre qué cosas

son los medicamentos, cuáles son las definiciones, como preguntas frecuentes, y en el año 2017 emite este documento que considera a los cannabinoides, a las preparaciones de cannabinoides en tiendas de medicamentos, a la hierba de cannabis, cannabinoides sintéticos, extractos y otras formulaciones en investigación, preparados magistrales. Entonces parecía que todas las condiciones se daban para que se desarrolle o pueda ser viable el cannabis. Incluso la comercialización dentro del Perú estaba fuera del reglamento de estupefacientes, cosa que hacía que haya un poquito más de aliento para la prescripción.

Sin embargo, estas cosas no se cumplían y no solo no se cumplían, sino que oficialmente, cuando la autoridad daba una capacitación, pese a que el reglamento decía que estaban fuera del reglamento de estupefacientes, lo mostraban como dentro del reglamento de estupefaciente. O sea, ya no, esto era algo ilegal, cuando la autoridad no cumple lo que dice el reglamento. Y así vino funcionando, entonces la autoridad finalmente; trabajó como quiso pese a que hubiera un reglamento.

Nosotros teníamos la posibilidad de que el cannabis no psicoactivo, de menos de 1 % de THC, no requiera obtención de licencias, sin embargo el Ministerio de Agricultura, quien tenía que dar en menos de 60 días estos lineamientos para que suceda esto, nunca los dio. Entonces, como no los dio, nadie podía acceder a ellos y ahí se acabó.

Los requisitos que ponía el Ministerio de Agricultura en 60 días, que vencían el 17 de mayo, los estamos esperando todavía. Ya cambiaron la norma y nunca salió. Eran muy sencillos, sin embargo nunca los sacaron.

Paradójica e irónicamente, Perú antes de la ley del cannabis ya tenía partida arancelaria para importar o exportar cáñamo, pero no se permitía la producción.

Un logro del Ministerio de Salud (no sé si en otras partes del mundo es el Ministerio de Salud) fue que al ver la poca oferta del mercado privado que producen o comercializan un aceite de cannabis que era una preparación magistral 10 % de CBD, la compraban de Estados Unidos. Esta venía de granjas de cáñamo. Entonces: no se podía hacer cáñamo aquí sin embargo se compraba de manera pública productos de cáñamo.

Se permitía semillas para comestibles de cannabis e incluso ropa de fibra de cáñamo. En el Perú publicitan de manera normal, sin embargo la paradoja es que no se permiten producir.

Antes de la ley del Cannabis teníamos esta situación. Después del cannabis una esperanza de modernidad que iba en teoría a hacer viable esto. Sin embargo no todo funcionó. Las licencias de comercialización, producción, investigación de universidades, producción en laboratorios e instituciones públicas, importación y comercialización, farmacias, boticas droguerías… Muy poco de esto se aplicó. La autorización para industrialización del cáñamo nunca se aplicó, no se llegó a dar; las otras en muy baja proporción. De hecho en el Perú solo existe una licencia de investigación. Y no es que nos falte interés, es que está muy difícil sacarla, pese a que trabajamos en la universidad.

Licencias de producción solo hay dos, ninguna logró cultivar y toda la materia prima

que hoy se comercializa en las farmacias magistrales, que les voy a comentar ahora cómo salió, todo es importado.
Se acuerdan de que el presidente sacó un «Autorízase la importación»; todo el ejercicio legal y jurídico y reglamentario que se dio respondía a cierta voluntad.
El Ministerio de Salud saca un documento de orientación, algo así como una guía de práctica clínica, en la que el objetivo de este documento es contribuir a proteger la salud de las personas que acuden al uso medicinal de cannabis. O sea, no es contribuir con que haya un uso racional de cannabis o se pueda prescribir de manera correcta, sino que se pensaba que las personas que acudían al cannabis estaban en un riesgo, ya solo por acudir al cannabis. Entonces, este documento se encargaba de ejecutar esa situación y dentro de la evidencia que ellos proponían que un médico tenía que revisar para informarse y usar cannabis, ellos mandaban a que los médicos entren a la página de Epistemónikos.

> Licencia de producción solo hay dos, ninguna logró cultivar y toda la materia prima que hoy se comercializa en las farmacias magistrales todo es importado.

(Nuestros amigos de Chile saben la postura de Epistemónikos. Les muestro cuál es la captura de pantalla de cuando uno ingresaba a la página de Epistemónikos, era esta. Era un desaliento al uso de cannabis. Y esto es algo sistemático.
Felizmente, en el año 2017 se emite uno de los documentos más importantes: la revisión sistemática de la Academia Nacional de Ciencias y de Ingeniería de Estados Unidos y esta revisión sistemática, de como 24.000 artículos científicos, llega a algunas conclusiones. Entre las conclusiones está el dolor crónico en adultos, antiemético en quimioterapia, espasticidad por esclerosis múltiple y luego muchas otras. Aquí epilepsia llega recién en el año 2018 con los estudios que avalan a Epidiolex.
Marinol y Cesamet son los medicamentos aprobados en el año 85 para náuseas y vómitos por quimio y orexígena por VIH, Satixvex por espasticidad, por esclerosis múltiple y Epidiolex para epilepsia refractaria.
Pero no está dolor crónico; no hay ningún medicamento que apunte dolor crónico. Sin embargo hay evidencia concluyente de efectividad clínica en dolor crónico. Entonces nos pusimos a estudiar el documento de la Academia Nacional de Ciencias y nos dimos cuenta de que los estudios clínicos y metaanálisis randomizados, doble ciego aleatorios de muy alto nivel, que demuestran la efectividad concluyente del cannabis en dolor crónico habían sido hechos no en medicamentos, sino en vía inhalatoria pirolítica vaporizada, incluso con cigarrillos de marihuana dados por el National Institute of Drug

Abuse.

Estos estudios son lo suficientemente contundentes para que lleguen a ese nivel de eficacia de categoría en evidencia concluyente y no estaba la vía intrapulmonar y fumada. Yo sé que ningún médico va a prescribir la manera fumada por los peligros del humo y la combustión y la temperatura, la irritación. Sin embargo, solo como dato histórico, en Perú muestro esto que es una especialidad farmacéutica o sea como un vademécum de los productos que se fabrican en este laboratorio muy famoso del doctor Ángel Maldonado y del año 60: había cigarrillos antiasmáticos, sedantes antiespasmódicos. Composición química: estramonio, hojas de coca, cáñamo indiano, opio. Indicaciones: asma, cualquier origen bronquitis, rebeldes. Modo de empleo: el mejor resultado se obtiene aspirando el humo a fin de que llegue nuevamente hasta los bronquios y expulsando luego por la nariz teniendo la boca cerrada; fumar de tres a cuatro cigarrillos al día. La caja costaba 1,50 soles.

> En la votación del año 2020, probablemente el único país que tenía una ley para uso de cannabis con reglamentación y que votó en contra de que el cannabis sea considerada una planta medicinal fue Perú.

Nosotros, inspirados en la farmacología peruana, con unos amigos nos dimos cuenta de que tan difícil era hacer estudios y sacar licencias para evaluar el uso medicinal que decidimos estudiar en población no medicinal, porque no teníamos que sacar licencia. Entonces pedimos a la universidad, al comité de ética, que nos apruebe un estudio de alteraciones de la función pulmonar en usuarios recreativos, según características de consumo en Lima y luego lo extendimos a otras ciudades y medimos espirometría en eventos de usuarios adultos. O sea, nosotros no le dábamos cannabis, ellos ya lo usaban. Nosotros solo llegábamos a este lugar y dábamos una campaña de salud para que la gente mida cómo están de pulmones. Es una intervención sanitaria gratuita auspiciada por nosotros. No recibimos auspicio de nadie. Y empezamos a hacer esto y nos fue tan interesante y tan bonito hacerlo que le pedimos a nuestros amigos de Chile que nos inviten a la THS Expo. Pusimos un par de mesitas e hicimos el estudio. De ahí nos fuimos a Ecuador, nos fuimos a Argentina y próximamente iremos a Colombia. Vamos a hacerlo en el Expomedeweed.

Uno de los de los datos más claros o más antiguos que se tiene es que el hábito de fumar es muy perjudicial. Sin duda fumar cualquier cosa es muy perjudicial. Sin embargo al cannabis ya tenía un estigma, pero con los datos preliminares con la población peruana (que llegamos a 95; nuestro objetivo es 100 en cada ciudad. Sería lindo hacerlo

en Brasil y en Uruguay para tener una cohorte latinoamericana de pulmones latinos) solo el 7 % de todos nuestros analizados tenía alguna alteración en la función pulmonar, y dentro de este 7 % el 57 era un mixto leve.

Hemos hecho encuestas. Hay una encuesta interesante de la OMS para evaluar la calidad de vida de las personas. Lo hicimos además con esto, entonces podemos ver qué otros factores hay y que pueden explicarnos este 7 o este 93.

Yo tuve la oportunidad de estar con el comité que evaluó el cannabis en el año 2007 y me retiré del comité porque veía un sesgo fuerte; pedí permiso para retirarme. Ellos se basan en el documento de la Academia Nacional de Ciencias para decir las mismas tres áreas médicas y en vez de poner cannabis, como decía originalmente y luego es cannabis en vía herbal, pusieron THC.

En diciembre 2020 se retira el cannabis de la lista 4 de la Convención Única de Estupefacientes, así que queda claro el uso medicinal, que cannabis es una planta medicinal. Ya nos habíamos adelantado en Latinoamérica mucho antes de ello (Perú tenía su ley en el año 2017, su reglamento en el año 2019), pero en la votación del año 2020 probablemente el único país que tenía una ley para uso de cannabis con reglamentación y que votó en contra de que el cannabis sea considerada una planta medicinal fue Perú. Sí, ya me entienden.

Inmediatamente yo fui a ver por qué han votado así. Y uno entra a la página de Relaciones Exteriores del país y Perú vota la reclasificación del cannabis a favor de su uso. Entones, ¿cómo que van a votar a favor de su uso? Aquí hay una poesía así como me explicaba Daniel, como de Onetti ¿no? No se sabe qué dice aquí, pero al final terminan diciendo de que para beneficiar al uso adulto, al uso medicinal van a votar en contra.

Finalmente, quiénes soportan este voto de la cancillería es Vida, que es la Institución de la Vida Contra las Drogas, la Policía Nacional y la autoridad de medicamentos.

¿Por qué probablemente puede pasar esto? Yo solamente lo suelto como un dato más, es que si hay algún conflicto de interés en esta regulación de cannabis es que nuestro país destina mucho dinero a la lucha contra las drogas. Si bien el cannabis no es un problema de salud allá, Perú no es un productor, no exporta marihuana (Perú exporta coca, cocaína también) pero ese presupuesto es enorme y digamos hay mucho que perder, estimo yo, si es que el cannabis se retira de ahí. Tanto así que el 17 % de la población penitenciaria en el Perú está por algo relacionado al tráfico de drogas. Después del "robo agravado' (que es el robo a mano armada y que puede ocasionar la muerte) es el segundo. Tenemos más gente en ese sentido.

Luego de que sale el reglamento, y nosotros ya sabíamos que probablemente no iba a ser muy bien visto o muy bien aplicado, efectivamente pasa eso: no se aplica bien y los pacientes que no tenían acceso a cannabis no lo tenían efectivamente.

Hicimos una encuesta con la federación de pacientes para evaluar cómo estaba la aplicación y en la encuesta obtuvimos datos claros de que esto no iba a suceder. No se aplicaba, las farmacias no sacaban licencia, no se vendía cannabis, los pacientes seguían

comprando en el mercado informal.
Y sale un nuevo proyecto de ley que incluye ahora a las asociaciones de pacientes para que también puedan hacer su producción. Cosa que es lo que han venido haciendo antes de la primera ley; sin embargo habían quedado fuera de este panorama.
Esta ley en el Perú es un hito histórico. Nuestro Congreso se pone de acuerdo con 100 votos a favor y cero en contra. Había voluntad política.
Pasa la ley que incluye las asociaciones de pacientes y ¿por qué sale esto? Porque como el sistema sanitario fracasó, había que tener una válvula de escape para que compense esa ineficiencia del sistema sanitario. Y por eso salió esta ley. Sin embargo, esto fue tomado, además, en un término que ni siquiera eso pudo ayudar.
Finalmente pasa la ley, incorpora estas modificaciones a la ley original, se incluye la licencia de producción de asociaciones de pacientes para producción artesanal. El ministerio vuelve a sacar un reglamento, que ya se imaginan, estaba bien difícil. Tan difícil que incluso las asociaciones de pacientes que estaban medio divididas porque tenían puntos de vista distintos, se juntan y mandan una carta al ministro diciendo que por favor rehagan el documento porque no iba a funcionar, como no había funcionado el del año 2008 que se tuvo que modificar. Pero pese a que hubo mucho trabajo en el Instituto Nacional de Salud, pese a todo este esfuerzo, el Ministerio de Salud saca el documento, que se publica en febrero de este año y que entró en vigencia el mes pasado, lamentablemente.
Y para las asociaciones de pacientes saca solo tres artículos: 1) que las semillas van a ser adquiridas en laboratorios farmacéuticos con fuente semillera (pero en el Perú no hay ningún laboratorio que cultive, entonces no hay fuente semillera); 2) dice también que el control de calidad va a ser una obligación de los productores artesanales (en el Perú no hay laboratorios de control de calidad de cannabis) y 3) que el protocolo de seguridad que van a seguir las asociaciones de pacientes va a ser el mismo que los laboratorios. Entonces, estas tres razones no ayudan.
Además de no hacer esto, modificaron las pocas flexibilidades que tenía el cannabis no psicoactivo en el Perú. Así que de esta forma acabó la brillante historia del cannabis.
Las capacitaciones oficiales hablaban incluso de que los pacientes que tengan cannabis y no hayan tenido asociación (o sea, que tengan sus plantas en casa) iban a ir a la cárcel, cosa que no se sustentaba con la ley de tráfico ilícito.
Hubo algunos ejemplos de esto, por ejemplo, el caso que les mostré inicialmente que se acusó a las madres de San Miguel; duró años este proceso, pero finalmente fueron eximidas y no prosperó la acusación fiscal.
Además, incluso en personas que no son pacientes tampoco prospera el tema penal, sino solamente es un tema de que te allanan, te tienen en carceleta y por ahí suceden casos de corrupción. Y ahí termina todo, porque finalmente si pasa a juicio el juez dice que no. Pero nadie quiere tragarse esos años que puede durar este caso.
Incluso con la ley y el reglamento de asociaciones de pacientes seguía habiendo inter-

venciones a pacientes.
Luego de esto no nos quedamos con los brazos cruzados. Pedimos al colegio farmacéutico que interviniera para ver si lográbamos modificar o detener la implementación de este reglamento. Hubo mesas de trabajo con el Congreso de la República. Finalmente salió un documento oficial del Congreso, dando modificaciones al reglamento. Estas que estaban en estrellas son modificaciones que debía tener el reglamento aprobado por el mismo funcionario del ministerio, pero no se cumplieron.
Finalmente, todos estos avances del reglamento anterior se eliminan. Y nuevamente hasta el cannabis no psicoactivo (o sea el que no tiene THC o tiene muy poco) está en el reglamento de estupefacientes, hoy, desde hace un mes.
¿Es necesario o no aumentar el control en el uso medicinal de cannabis?.
Pues, no lo sé. Ahí está mi hermosa American Herbal Farmacopea, que en el Perú es un documento dentro del listado de referencias bibliográficas que sustentan la seguridad de uso y el uso tradicional. Se acuerdan que hablamos de los productos que requieren uso tradicional. Si tienen un listado enorme de bibliografía, entre ellos el American Herbal Farmacopea, están dentro. El cannabis lo tenía desde año 2014, quizás no hubo que tener una ley para eso, pero ya sabemos que la lógica no prevalece en estos casos. Pero ahí tenemos el sustento de uso tradicional y de seguridad.

> El paracetamol tenía 808 reportes de efectos adversos, 17 % de ellos severos. Incluso el 2 % de ellos atentando o peligrando la vida o con hospitalización prolongada.

Vengo con algunos amigos y también algunos tesistas levantando datos de farmacovigilancia, de cómo están comportándose los medicamentos de cannabis en el Perú. Y desde el año 2019, que la Digemid vende aceite de cannabis, al 2022, no había ningún reporte de afecto adverso. Solamente uno con transaminasas elevadas, que sabemos que el CBD podría ocasionarlo, pero en este caso era un paciente que también toma Interferon beta, así que puede ser esa la situación. Y cuando me responden me dicen que tome estos resultados con pinzas porque en el Perú hay mucha subevaluación de reportes adversos. Yo también lo sé, todos lo sabemos, entonces por eso yo también pedí en el mismo periodo los reportes adversos de Paracetamol, un producto que se vende incluso sin receta médica. Y en el mismo periodo de tiempo, Paracetamol tenía 808 reportes de efectos adversos, 17 % de ellos severos. Incluso el 2 % de ellos atentando o peligrando la vida o con hospitalización prolongada. Efectos adversos superiores a los del cannabis.
Pero bueno, así vemos algunas cosas y otras no. Apareció un caudal de efectos adversos en el último año, todos de un mismo producto. Me parece un poco sospechoso y se

lo mandé a la doctora Marta Vázquez de aquí de la Universidad de la República para estudiarlo con ella. Y nos llamó la atención. Marta me dijo: «Pedro, ¿qué significa llanto en Perú» y yo le dije cuando botamos lágrimas. Me dijo: «Pedro, ¿esto es un efecto adverso? No lo creo…». Yo tampoco, le dije.

Una cosa es que hay una sospecha de efecto adverso y luego la autoridad tiene que evaluar que tan cierta es esa sospecha. Y esto ya lo mandaron al VigiFlow en Upsala. O sea que en la OMS alguien está diciendo: «Miren, en Perú el cannabis CBD al 3 % produce llanto en la gente» ¡Es un lacrimógeno! Vamos a utilizar para la policía va a tirar CBD a las manifestaciones.

Estos son los datos que tiene Perú, pero no están tan actualizados:

Hoy hay casi 40.000 inscritos en el registro. Nosotros sabemos que son más, porque tienen miedo de registrarse en la base de datos del Estado. El año pasado se hackeó la base de datos del Estado. Así que alguien debe tener los datos de los pacientes. Por eso mucha gente no se quiere inscribir. En una encuesta que hicimos, el 40 % de pacientes no se inscribe en el registro por miedo y le pide a alguien más que le compre su cannabis.

No hay ningún laboratorio que, pese a los 7 años de ley, haya logrado cultivar en el Perú. Así que todo nuestro producto es importado. Es caro; los pacientes lo pagan de su bolsillo; el seguro nunca lo cubrió.

La investigación en esta área es casi inexistente. Esta es una fotografía triste de la realidad: el 70 % de pacientes inscritos en la Digemid terminan comprando sus medicamentos en el mercado informal.

Nosotros hicimos un estudio. Como no teníamos cromatógrafos (esto fue en pandemia) utilizamos el famoso test de Beam (reactivo colorimétrico que detecta cualitativamente CBD) y empecé a pesquisar productos que se vendían por internet y se me ocurrió hacer un estudio de esto, ya que no podía salir de casa. Y comparé la coloración con el de la Digemid. Cuando cambia de amarillo a morado hay presencia de CBD. Esto lo postula Mechoulam en el año 69. Así que es confiable la información. Actualmente el test de Beam es superior a muchos tests, incluso al Duquenois, para detectar si tiene CBD de cannabis.

Miren ustedes de los que había: solo dos tenían un poquito, incluso si comparamos así, no a ojo de buen cubero, de buen químico, tenía incluso menos concentración que este que tenía cinco. Los números que están acá son el precio por mililitro. Porque estos fueron comprados, los pacientes nos lo daban y nos decían cuánto les costaba. Miren este producto, costaba 15 soles el mililitro versus 470 soles. ¿Cuánto cuesta el producto en el Perú de la Digemid? CBD 10 %: 47 soles. Esto es algo baratísimo, pero los productos informales son más caros, incluso que el formal.

Este problema es muy grave. Nosotros en el año 2022 hicimos un estudio un poco mayor. No solo con el test de Beam, sino con el Aminofenol 4 y un reactivo que detecta cannabinoides ácidos. Fue en una población de 43 muestras incautadas. ¿Por qué digo

«incautadas»? Porque una de las tesistas de este proyecto fue una tesista de maestría de la policía. Así que ella nos ayudó con muestras. Y muchos de ellos ya tenían CBD, esto quiere decir que en un mercado tan poco controlado, con una oferta ilícita tan grande, el mercado solito se ha regulado y ahora hasta los informales ya tienen CBD.

Y este es un estudio que ya se aprobó, felizmente. Está en publicación, es mi tesis de maestría. Hicimos por primera vez cuantificación de cannabinoides, en la universidad San Marcos. Tuvimos que conseguir hasta los software de un cromatógrafo Agilent bien antiguo. Y mi trabajo fue hacer una pesquisa en diferentes regiones en el Perú donde la policía dice que hay cultivos de marihuana. Así que fuimos a ver. Sí los encontramos. Pedimos algunos permisos. Fue un trabajo peligroso, no lo volvería a hacer. Pudimos cuantificar cannabinoides y una especie de catastro de cuántas flores, de cuál es la concentración de flores de cannabis que hay en nuestro país. Y quizás nosotros postulamos que quizá pueden tener un valor terapéutico y postulamos cuáles podrían ser. Quizá en algún momento esto pueda ser útil. Hoy esta es la situación (video).

> Nos demoramos un promedio de 2 años en sacar un reglamento que está mal. Incluso en lo reglamentado hoy hay dificultad para producción, como les dije, en el Perú, todavía no se puede producir; todo se importa.

Hay 24.000 farmacias y boticas en todo el Perú. 69 han sacado licencia en Lima y 9 en provincia. Esta es la estación del Metropolitano de la avenida Tacna, por donde pasa el Señor de los Milagros. Muy concurrida. Y, así se vende.

Como resumen, nos demoramos un promedio de 2 años en sacar un reglamento que está mal. Incluso en lo reglamentado hoy hay dificultad para producción, como les dije en el Perú todavía no se puede producir; todo se importa.

No solo en la producción, sino en la obtención del registro sanitario. Y además no hay entrega para pacientes aún.

Eso es todo lo que quería mostrarles. Solo con la conclusión de que hemos tenido una pugna muy fuerte entre la voluntad ciudadana expresada en el poder legislativo y la producción interesante de leyes que podrían ser comparadas con leyes muy avanzadas de otros países. Sin embargo en la aplicación es donde hemos tenido el problema.

Nos hemos dado cuenta de que la autoridad sanitaria y otras autoridades no están convencidas con el uso de cannabis. Y probablemente esta es la gran resistencia pasiva que sucede en el país.

Viendo el ejemplo de Uruguay nos causa una envidia sana y grande. Y creemos que

con educación (que es lo que ahora estamos tratando de impulsar un poco más) y con relaciones bilaterales en las que puedan nuestros funcionarios aprender de algunas experiencias de otros países, incluida por supuesto la de Uruguay, pensamos que en algún momento podamos incluso hablar de la regulación de uso adulto. Porque eso es algo que en el Perú todavía está muy muy postergado. Pese a esto, Perú tiene los precios más baratos de cannabis. Yo cada vez que voy a un país pregunto cuánto cuesta el CBD al 10 %, una cosa estándar, y Perú tiene los precios más baratos. Lo que pasa es que nuestra economía es baja también; no se gana mucho, no cuestan mucho las cosas; nuestra moneda parece estar medio decente. Y pese a que hay poco lugar de acceso, los pacientes logran tener algo de medicina. En farmacias, muy poco. Se buscan siempre formas para llevar productos de farmacia a provincias, donde casi no hay farmacias con licencia. Todo lo demás lo cubren las asociaciones de pacientes. El miedo es que con este tipo de reglamentos no solo se queden fuera, sino además entren en cárcel.
Vamos a ver cómo nos va. Espero que nos deseen suerte.
Muchas gracias.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

QF Sebastián Eirea del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.
Buenísima la presentación, muchas gracias. La consulta refiere a que por lo que entendí el Ministerio o el Gobierno genera el producto aceite con CBD al 10 % y a un precio asequible. Entiendo entonces que la accesibilidad es un problema, porque ahí presentaste cuando hiciste los test colorimétricos, había varios productos, entiendo que irregulares o grises en el mejor de los casos, pero a un precio mayor. ¿Por qué esa gente compró esos productos y no el estandarizado y avalado por el Gobierno?

Respuesta de Pedro Wong

Hay muy poca publicidad en general y la publicidad que hay es lo que mostré. Esta guía clínica desalienta al médico. Entonces, cuando aparece un médico que tiene que prescribir cannabis, porque ya los otros no le funcionaron, no sabe ni siquiera que hay farmacias que tienen licencia. Entonces florecen los informales. Y aparte, estos productos que se encuentran en el mercado informal se ofrecen por internet, así como el cactus de San Pedro, en los ambulantes. Hay una variedad enorme de productos informales y todavía siguen circulando incluso, de manera irónica, más caros que los formales. Esto es una cosa bien peruana, esta informalidad es superior en muchos casos. El producto que tiene la Digemid es un producto que compra como materia prima de Estados Unidos (cáñamo, CBD 10 %) y los reembotella. Así que no hay mucho arte magistral ahí, pero incluso sigue siendo asequible dentro de todo. El problema es que solo lo tiene en una farmacia en todo el Perú. Probablemente ese sea el tema: una farmacia de todo el Perú, que está en San Miguel, que es la institucional. Pero ellos podrían tenerlas en todas las farmacias. No hay voluntad. Podrían tener THC también, porque nuestro reglamento lo permite sin ningún problema y podrían tenerlo barato, lo que eliminaría mucho el mercado informal, por lo menos una parte grande, pero tampoco hay voluntad para eso. Entonces es que como lo tenemos para cumplir.

Pregunta 2

Yo soy Fernando Iglesias y trabajo también en la Secretaría de Drogas, Referente Territorial para alguno de los departamentos de la República.
Mi pregunta queda un poco en la respuesta que diste a la primera pregunta, pero la voy a hacer igual. Lo que yo había pensado era que ya que la mayoría de gente tiene que terminar adquiriendo el producto en la informalidad y parece un poco de locos lo que lo que estás planteando: que esté habilitado y que haya una única farmacia. Las asociaciones de las personas que lo necesitan, capaz deberían ocuparse de ir a comprar a esa farmacia y montar algún tipo de distribución en Perú. Yo arrancaría por ahí para

hacer un poco de reducción de daño.
Y lo otro que había pensado era que ese análisis que vos hiciste, no sé si es muy caro de hacerlo para las propias personas que adquieren en ese mercado informal. Pero bueno, yo si compro algo y tengo la forma de testear también sería una forma de reducción de daño frente a lo que planteas que parece bastante absurdo, que haya un poder del Estado que toma decisiones que están en consonancia con una cultura con la población y que después aparentemente es la burocracia estatal o cierto poder que queda en el medio en la ejecución, que lo tranca y que no se entiende tampoco muy bien por qué; si es debido este a una cuestión cultural, de lucha cultural entre esa cultura ancestral que sí avala y ante la necesidad de las personas o por algún motivo económico, político. En realidad te hice varias preguntas juntas. La que había pensado era la del testeo, pero ante la respuesta que diste anteriormente, también se me ocurren estas de preguntarte dónde está la traba, qué es lo que está trancando que solo se haga para cumplir, como un saludo a la bandera.

Respuesta de Pedro Wong

Es que he podido ser testigo del proceso, he tenido la oportunidad de ser testigo del proceso y yo estoy seguro de que muchas personas que están tomando ahí estas decisiones en general, quienes aplican la norma, que son del aparato Estatal, están convencidos de que la marihuana es mala utilizándose en fines médicos incluso. Puedo dar fe de eso.
Por otro lado el que las asociaciones compren en conjunto sus frasquitos de aceite y llevarlos y distribuirlos podría incluso ser algo penado. La mayor cantidad de pacientes necesita algo con THC; como un 60 % según una encuesta que hicimos necesita productos con THC. Entonces el CBD se vende como al 40 o al 30 %.
Y finalmente, nosotros hacemos estos tests de manera gratuita en los lugares donde a veces nos invitan, ferias… Pero ya te imaginás que nos hemos ganado mucha enemistad de quienes lo hacen. Entonces volteamos los frasquitos para que no salga. Uno corre cierto riesgo incluso por hacerlo. A quienes lo venden no les gusta que le digan que no está tan bien como ellos lo ofrecen, y que si además sale que está más caro… Yo quiero vivir un poco de años más; sí, quiero estar más tranquilo jubilarme. Es un riesgo. Sin embargo hay la posibilidad, siempre que tengo la posibilidad les cuento que hay esta chance: estos reactivos cuestan menos de USD 10 para 30 o 40 análisis. Con una gota lo ves con el test de Beam. Ahora hay otros test interesantes. De cromatografías en el Perú no hay. No porque no haya cromatógrafos, hay varios en las universidades, pero tampoco hay mucha voluntad de hacerlo. Recién desde el año 2021 el Instituto Nacional de Salud pone a disposición este servicio. El costo de este servicio es de 1800 soles o sea USD 450, lo que en Argentina cuesta USD 20 USD. Entonces tampoco es asequible. Si un paciente no puede comprar un frasco de USD 10, está un poco difícil

de que cultive y luego lo mande a analizar, porque es la obligación que está colocando en la asociación de pacientes. Entonces está un poco pensado para que se desaliente. Me causa un poco de pena a veces decirlo, pero pese a eso están floreciendo algunas posibilidades y se está haciendo algo. Ahí se va…
Muchas gracias.

URUGUAY

Dra. Leticia Cuñetti Delmonte

NEFRÓLOGA Y FARMACÓLOGA. PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE ENDOCANNABINOLOGÍA.

Buenas tardes a todos, es un placer estar acá. Agradecemos participar en estas jornadas. Nos parece que son fundamentales, de tener instancias de intercambio y de discusión.

Desde nuestro lugar nos importa muchísimo mostrarles y transmitir algunos problemas que hemos tenido en la implementación, en realidad, en lograr acceder a hacer un uso racional de este nuevo grupo de fármacos.

Cuando me invitaron, cuando invitaron a SUEN a participar, nos dijeron que querían una visión de los problemas desde nuestro lado, desde la prescripción, en la implementación de las leyes que aprueban el uso de cannabinoides para uso medicinal.

En realidad yo no voy a hablar de las leyes, sino que les voy a contar, desde el lugar de los médicos, cuáles son las dificultades que hemos tenido para poder prescribir y para poder lograr un uso racional de estos medicamentos.

Yo no tengo ningún conflicto de interés para participar en la jornada de hoy.

En rojo están las instituciones que financiaron mi formación, están mis cargos y pertenencia a distintos comités y universidades, un poco el plan de ruta de la charla de hoy.

Quería comentarles a ustedes cuál es la base de la prescripción racional, por qué prescribimos el medicamento que elegimos prescribir y luego analizar un poquito cuál es la importancia de la investigación biomédica, a grandes rasgos, para fundamentar justamente los problemas que tenemos en la implementación de las leyes vinculadas al uso medicinal de cannabis.

Por último, hacer hincapié en las principales dificultades actuales del uso de cannabis y cannabinoides en medicina. También voy a referirme en algunos puntos a lo que planteaba Pedro de Perú, que si bien es cierto que nosotros desde el 2013 tenemos una ley que avala el uso medicinal, a pesar de eso la implementación ha sido difícil. Hemos avanzado un montón y creo que vamos en buen camino, pero todavía hay varias dificultades que tenemos que superar.

Como ustedes, saben los cannabinoides son un nuevo grupo de medicamentos, que en realidad en la medicina antigua se utilizaban. Pero, ustedes lo saben perfectamente, por la reglamentación internacional fue prohibido el uso medicinal de los cannabinoides por mucho tiempo. Esto repercutió no solo en el uso, sino en la investigación biomédica. Y eso generó un gran hueco en el conocimiento que tenemos de este grupo de medicamentos.

Pero ¿por qué nosotros prescribimos cannabis o por qué prescribimos cualquier medicamento en realidad?

Cuando nosotros evaluamos o pensamos la evolución de la prescripción, si pensamos por qué prescribimos, bueno en la medicina antigua la prescripción estaba basada en la experiencia: el maestro le enseñaba al alumno con base en su experiencia cuál era la mejor intervención para el problema que se le presentaba.

> Solo que el modelo mecanicista plantea una respuesta en un órgano o un sistema aislado, pero no evalúa la respuesta global.

En los últimos siglos la medicina sigue el modelo científico y se basa mucho más en un modelo mecanicista. ¿Qué quiere decir modelo mecanicista? Quiere decir que nosotros tenemos que conocer cuál es el mecanismo por el cual se produce la enfermedad o el síntoma que nosotros queremos tratar, para tratar de modularlo. Ese es el modelo mecanicista y es el que se usó por muchos siglos, por lo menos en los últimos dos siglos. Era la base de la prescripción el conocimiento fisiopatológico de las enfermedades.

Ya hacia el final del siglo pasado, esto empezó a modificarse. Se asocian los tres modelos en la prescripción actual, pero empezó a tener mucho más importancia la medicina basada en la evidencia. A eso me voy a referir ahora en las próximas diapositivas.

La medicina basada en la evidencia es lo que nos permite hacer un uso más racional de los grupos de medicamentos, de todos ellos. Pero ¿por qué no podemos basarnos solo en el modelo mecanicista? Ustedes me pueden decir «bueno, es el ideal conocer cuál es el mecanismo fisiopatológico de las enfermedades o los síntomas para realmente modificarlos, para cambiar la evolución de una enfermedad o en algunos casos curar en realidad». Solo que el modelo mecanicista plantea una respuesta en un órgano o un sistema aislado, pero no evalúa la respuesta global.

Para que esto quede más claro, a mí siempre me gusta dar un ejemplo que es clarísimo, que todos lo entienden y que prácticamente transmite la base en la importancia del uso racional de los medicamentos y de la evidencia.

¿Por qué los médicos necesitamos nivel de evidencia para prescribir? ¿Por qué es tan importante la evidencia?

Piensen en una persona que tiene una falla cardíaca, una insuficiencia cardíaca. Eso

quiere decir que tiene una falla de bomba del corazón. Antes lo que hacíamos era parar la contractilidad con fármacos que son cardiotónicos, o sea lo que lográbamos era mejorara la fuerza de contracción de su corazón. ¿Qué se vio? Que las personas que recibían estos medicamentos al inicio tenían una mejor respuesta, sintomáticamente mejoraban, tenían más capacidad funcional. Pero se morían mucho más rápido, cosa que no es menor. Y también se vio que las personas que recibían betabloqueantes, que tienen el efecto opuesto (lo que se hace con los betabloqueantes es bajar el trabajo cardíaco, se disminuye la fuerza de la contracción del músculo, y eso hace que ese músculo pueda recuperarse mejor) y en esos pacientes que estábamos haciendo un tratamiento completamente opuesto al fisiopatológico de lo que tenía la persona, vivían mejor más tiempo y con menos morbomortalidad, con menos complicaciones y vivían más.

> Es muy importante no solo saber el efecto en el sistema que nosotros modulamos, sino que está clara la importancia de la evidencia, de conocer cuál es ese efecto real.

O sea que es muy importante no solo saber el efecto en el sistema que nosotros modulamos, sino que está clara la importancia de la evidencia, de conocer cuál ese efecto real.

Y ustedes van a escuchar mucho por ahí los endpoint duros, que son complicaciones graves, ingresos hospitalarios y muertes (esas son las cosas más duras que podemos medir) y esto se explica por el modelo mecanicista. Yo como farmacólogo y como docente de facultad a mis alumnos siempre les inculcaba o hacía mucho hincapié en que supieran cómo es el mecanismo por el cual estamos modulando, qué estamos haciendo cuando prescribimos cada cosa. Pero no es suficiente por esto que acabamos de ver. Y es por eso que nosotros necesitamos sí o sí tener evidencia. Y es ahí donde entran los distintos niveles de evidencia. Es en este punto que siempre se habla que para la prescripción de cannabinoides en realidad la dificultad es el nivel de evidencia.

Ahora no voy a poder, porque en realidad me plantearon que tenía 20 minutos para charlar, entonces no les voy a hacer el análisis de la evidencia que tenemos para la prescripción en particular para las distintas indicaciones. Ese es un tema que no es menor y es muy interesante. Me gustaría, pero capaz que no es este el lugar, discutir y que ustedes también pudieran ver por qué se dice que hay poco nivel de evidencia cuando en realidad tenemos metaanálisis para muchas de estas indicaciones. Pero analizando en profundidad estos metaanálisis podemos llegar a entender mejor cuáles son las dificultades en la evidencia que hay disponible del uso medicinal de los cannabinoides.

Bueno, entonces siguiendo un poco con esta idea, el médico para prescribir tiene que conocer el mecanismo de acción, las indicaciones, el perfil de efectos adversos y poder saber cuál es la mejor intervención para ese problema que se le plantea con la persona en particular que está atendiendo. Y esto se obtiene a partir de la evidencia por todo esto que les venía explicando. Nosotros necesitamos evidencia para poder evaluar y después aplicarlo a un paciente en particular.

Yo les hablaba del uso racional de los medicamentos; vamos a definir que es «uso racional de los medicamentos» para poder seguir hablando de eso.

En 1985, la OMS define que «uso racional de los medicamentos es cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos».

Para prescribir cannabinoides, los médicos necesitamos conocer dos moléculas: necesitamos conocer el THC y necesitamos conocer el CBD. Digo esto porque hay muchos cannabinoides, hay muchos más que están también siendo investigados por su potencial uso terapéutico. Está el CBG, el CBN, pero ninguno de esos todavía ha demostrado que tenga una utilidad terapéutica. Entonces la prescripción es por ahora bastante fácil. Nosotros necesitamos conocer en profundidad dos moléculas.

Cuando vemos las principales indicaciones aprobadas por presentación (y acá explícitamente puse presentaciones que no son de Uruguay).

En Uruguay tenemos las presentaciones aprobadas; son todas soluciones de CBD tanto extractos o puros, pero solo tenemos en venta en farmacia soluciones de CBD. Eso ya está hablando de una limitación. Hay pacientes que requieren sí o sí de asociar THC y no tenemos acceso a soluciones o a THC terapéutico. Eso es una de las grandes limitantes que tenemos en nuestro medio actualmente, a pesar de tener una ley que lo aprueba desde el 2013.

Digo porque esto no es menor. Estamos a diez años y todavía los médicos no podemos prescribir THC a nuestros pacientes. No creo que el porcentaje de pacientes que requieran THC sea tanto como planteaba Pedro. Posiblemente, en mi parecer, sería un poquito menos. Pero es cierto que aquellos pacientes que lo requieren y que por sus características clínicas pueden recibirlo (porque también el perfil de seguridad del THC es completamente distinto al CBD), deberíamos poder contar, y más en un país que hace diez años que está aprobado el uso medicinal.

En esta diapo yo les muestro las principales indicaciones aprobadas por presentación.

Las soluciones de THC que en realidad son análogos sintéticos Marinol, Nabilona, que fueron aprobados.

Las indicaciones aprobadas de estas soluciones de THC están aprobadas para anorexia, caquexia por sida, sida, náuseas y vómitos por quimioterapia.

Y estas son las presentaciones que hay en Estados Unidos y en Europa, y no en nuestro medio.

Después, soluciones de THC y CBD que es el Nabixsimols (los nombres comerciales son estos) y fueron aprobados para dolor crónico, espasticidad por esclerosis múltiple, caquexia, anorexia por cáncer. En realidad hay un montón. Yo solo puse uno, pero en realidad hay un montón de otras indicaciones que son off label, que no están aprobadas para esa indicación en particular pero que sí se podrían usar.

Y a diferencia de lo que les mostraba hasta ahora, el CBD solo está aprobado como antiepiléptico y en realidad es el medicamento que usamos para todas las indicaciones, porque es el único al que tenemos acceso.

Digo porque acá el uso off label es completo. En Uruguay no tenemos el estudio que yo veía en la información que mostraba Pedro. Sería muy interesante saber, de todos los medicamentos que se venden en farmacia, cuántos son para pacientes que tienen epilepsia y cuántos son para dolor o para cualquiera de las otras indicaciones que prescribimos.

Volviendo a esto de la indicación off label que les empecé a nombrar, en realidad en nuestro país los médicos, y esto es importante decirlo, tenemos la capacidad de prescribir por indicación aprobada, pero también tenemos la capacidad de prescribir, como en la gran mayoría de los países, indicaciones off label. En algunos países la regulación no les permite este prescribir off label pero en nuestro país, por suerte y gracias a Dios, sí nos permiten. Y eso hace que tengamos acceso al CBD para muchas indicaciones off label, como, por ejemplo, dolor crónico.

Yo soy nefróloga, y mis pacientes tienen insuficiencia renal; se imaginan que el uso de AINE para el control de dolor osteoarticular prácticamente es imposible de utilizar. Solo puedo utilizar paracetamol y opiáceos. Entonces el asociar CBD en muchos de estos pacientes ha logrado controlar el dolor como no se logra con la asociación de paracetamol y opiáceos. Pero, además, disminuimos también el perfil de efectos adversos que tienen las asociaciones de analgésicos que utilizamos. Y esto es muy importante.

Después voy a hablar de las limitaciones. Esta es la parte linda: cuando uno hace un tratamiento y ve el efecto beneficioso en la persona que estamos prescribiendo o tratando. Esa es la parte linda.

Ahora, igual esto no es tan simple porque nosotros todavía no tenemos un acceso adecuado a estos medicamentos, están por fuera del sistema de atención sanitaria de nuestro de nuestro país y la persona tiene que cubrir el gasto de medicamentos, que son claramente muy caros.

El otro punto que me parecía fundamental cuando hablamos de la implementación de la ley en nuestro país, es el tema de la prescripción médica de estos medicamentos y el uso inadecuado que tenemos en nuestro medio. Cuando recién se aprueba en el 2013 la ley, los médicos no estábamos formados para prescribir. Eran muy pocos. No quiero señalar con el dedo, pero posiblemente una o dos doctoras podían prescribir cannabinoides en nuestro medio en el 2013. Es así que en el 2016 en el Sindicato Médico del Uruguay se hace el primer curso de medicina cannábica. Se llamaba así; todos evolu-

cionamos, ahora estaría prohibido llamar 'medicina cannábica' a este curso. Pero en aquel momento se nombró de esa manera. Y ahí fue el surgimiento de la Sociedad Uruguaya de Endocannabinología, que tiene justamente como fundamento promover el uso racional de este grupo de medicamentos y promover la educación a los médicos.

Hemos realizado varios cursos para que los médicos conozcan este grupo de medicamentos en asociación también con la Facultad de Medicina, porque esto es una de las cosas más importantes: los médicos tenemos que conocer este nuevo grupo de medicamentos que tiene diferencia con otros medicamentos nuevos. Los medicamentos nuevos son presentados a los médicos por la industria.

Este nuevo grupo de medicamentos tiene una historia muy distinta. ¿Por qué? Porque al principio no hablábamos de 'nuevo grupo de medicamentos', se hablaba de cannabis. Hay mucho en la fantasía de las personas, hay mucha información y no toda es información válida. Y entonces se produce un entrevero importante de la verdad y de lo que sí podemos llegar a lograr con el uso de este nuevo grupo de medicamentos. Por eso para mí es fundamental, cuando hablo de uso medicinal, de hablar de 'nuevo grupo de medicamentos', que tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones, su perfil de efectos y, por ende, su perfil de efectos adversos. Es muy distinto el perfil de seguridad que tiene el CBD del que tiene el THC. Hay pacientes con riesgo cardiovascular a los que no le podemos dar THC, pero le podemos dar CBD. Y eso es importantísimo, tenemos que conocer muy bien a los a los pacientes, a la persona a la cual nosotros prescribimos. No es prescribir cinco gotitas por dolor como se hace en todos lados: cinco gotitas de mañana y cinco de noche, y esto es la prescripción de gente que no está formada. Por eso primero hablaba de la responsabilidad de nosotros, desde el cuerpo médico, de estar formado en este nuevo grupo de medicamentos.

> Para mí es fundamental, cuando hablo de uso medicinal, de hablar de 'nuevo grupo de medicamentos', que tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones, su perfil de efectos y, por ende, su perfil de efectos adversos.

Y vuelvo a decir: no llega al cuerpo médico por dos problemas fundamentales y creo que uno es que no es presentado al cuerpo médico por la industria. La industria tiene sus cosas buenas y malas, como todos, pero claramente sabe presentar un nuevo medicamento. Sabe que tiene que hacer ensayos clínicos para tener la evidencia para que nosotros los médicos tengamos en cuenta esa nueva intervención. La industria que está vinculada al cannabis no tiene ningún interés en financiar investigación clínica y

este es uno de los problemas que también tenemos en nuestro país. Y creo que eso es uno de los problemas más importantes que hacen que sea dificultoso la inserción en guías terapéuticas de este grupo de medicamentos entonces.
Volviendo a esta diapo. ¿Por qué estoy tratando de hablar de prescripción médica versus el uso inadecuado? Porque en nuestro medio, si bien cada vez somos más los médicos que prescribimos (eso es cierto), cada vez es más conocido por el cuerpo médico y cada vez hay más interés.
Yo soy nefróloga, además de farmacólogo y mis colegas me consultan para prescribirlo. O sea que cada vez es más común prescribirlos (bueno, en nuestro medio CBD, porque no tenemos THC). ¿Cuál es el problema? El costo.
Como yo les decía hoy, al no estar en el FTM, las personas no acceden por el sistema de salud y tienen que comprarlo en farmacia. Eso no es menor, porque el costo de estos medicamentos es muy alto y el costo de un tratamiento muchas veces es imposible. Entonces también esto es la gran limitante. Yo hablaba de la responsabilidad médica, de formarnos de prescribir, pero está es la que realmente en la actualidad es la más limitante: el costo de estos medicamentos. Son pocos los pacientes que pueden costear el tratamiento de forma crónica.
El otro tema que no es menor es este el ejercicio ilegal de la medicina. Que si estamos hablando justamente de la regulación de este grupo de medicamentos, o del cannabis medicinal como lo plantean, en realidad en nuestro medio hay un problema gravísimo de salud pública que es justamente la indicación por no médicos y la venta de productos no controlados.
En relación con esto yo les quería mostrar esto que es como un resumen de los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos. Ya tiene bastante tiempo, pero plantea problemas que los vivimos nosotros acá actualmente y dice así:
Reconociendo que la financiación de los medicamentos y los arreglos de pago al prestador de servicio de salud pueden tener gran repercusión en el uso racional de los medicamentos y que se requieren políticas apropiadas en materia de financiación de la atención sanitaria, preocupados porque las ventas directas al consumidor a través de internet puedan dar lugar a un uso irracional de los medicamentos, convencidos de que ha llegado el momento de que los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional se comprometan a fomentar el uso racional de los medicamentos, en particular con un volumen suficiente de recursos.
Creo que estamos reunidos acá siguiendo estos objetivos y planteándonos estos temas.
Y acá va a la otra pata, que es que nosotros los médicos prescribimos medicamentos aprobados. ¿Por qué? Porque el medicamento aprobado viene de todo un proceso de aprobación que hace que se encuentre dentro un marco de seguridad. Nosotros los médicos no somos químicos, yo no puedo hacer un control de calidad de un medicamento. Yo prescribo medicamentos que ya están aprobados, que ya fueron controlados, que pasaron por un proceso de aprobación de medicamentos, que tienen un control de cali-

dad pre y posmercadeo.
Eso es lo que nosotros prescribimos y para eso estamos formados. No estamos formados para hacer el control. Digo esto porque muchas veces por el tema del costo que tienen los medicamentos controlados se le plantea al médico la disyuntiva de decir «bueno, igual, esto, aunque no sé qué es lo que tiene porque no tiene control».
Acá me voy a detener un momento: no sabemos qué es lo que contiene, como mostraba hoy Pedro, porque dice que tiene una concentración de X cannabinoides, pero en realidad cuando hacemos los testeos no necesariamente tiene eso. Entonces ¿cómo vamos a prescribir una dosis si no sabemos cuál es el contenido? Es muy difícil hacer la titulación de un tratamiento con un medicamento que no es controlado.
Y lo otro que me preocupa, hasta más que eso, que eso es muy importante, es el hecho de que no tiene los controles de seguridad importantes. Esto es lo que más me preocupa. ¿Por qué? Porque tenemos que estar seguros de que no hay contaminantes biológicos o contaminantes químicos. Imagínense mis pacientes, que son pacientes trasplantados renales, que reciban un medicamento para aliviar el dolor y de repente ahí están recibiendo un honguito que hace una infección sistémica. Se puede morir y de hecho esto fue uno de los efectos adversos que determinaron muertes en Estados Unidos por productos no controlados.
Es fundamental y estamos hablando de las bases del problema que tenemos en nuestro país. Y por supuesto que el prescribir un medicamento aprobado versus un producto no controlado tiene implicancias éticas básicas, por esto que yo les decía al inicio: nosotros prescribimos medicamentos aprobados y no podemos hacer otra cosa. Y esto sí es un grave problema de salud pública.
En el informe de la cuarta reunión de los estados miembro de la OMS hablaban de productos médicos de calidad, subestándares, espurios, etiquetado engañoso, falsificado, imitación.
Y esto es lo que vivimos a diario en la consulta médica, cuando se nos pregunta si en vez del medicamento, que es tan caro que no pueden costear, pueden tomar o usar 'este otro'. En la actualidad existen en el mercado miles de fármacos que permiten prevenir, tratar, aliviar los efectos de dolencias que habrían sido mortales solo unas pocas generaciones atrás. El acceso a medicamentos apropiados tiene efectos sustanciales en la salud de la comunidad. Los medicamentos, la vacuna, los dispositivos de

> Nosotros los médicos prescribimos medicamentos aprobados. Porque el medicamento aprobado viene de todo un proceso de aprobación que hace que se encuentre dentro de un marco de seguridad.

calidad garantizada seguros y eficaces son fundamentales para el funcionamiento de los sistemas de salud.
Sin embargo, el comercio globalizado puede menoscabar la regulación y favorecer la creciente incidencia de medicamentos de calidad subestándar falsificados, especialmente en entornos de recursos limitados. Creo que esto es lo que nos está pasando a nosotros y creo que este es el lugar de plantearlo, porque tenemos que trabajar sobre este problema. Sabemos que hay una gran variabilidad del efecto según el preparado, la vía de administración, la cantidad y la proporción de los distintos cannabinoides. Pero es imperativo acceder a productos con adecuados controles de calidad para poder realizar una prescripción racional.
Y es así que, volviendo a los usos terapéuticos de los cannabinoides, cuando nosotros hacemos la modulación farmacológica de sistema endocannabinoide tenemos una serie de indicaciones para las cuales nosotros prescribimos cannabinoides, ya sea dolor, náuseas, vómitos, para estimular el apetito, para disminuir la espasticidad, para el tratamiento de la epilepsia refractaria. Cada vez más hay más indicaciones para afecciones psiquiátricas y esto fundamentalmente del CBD; para el síndrome de Turet necesitamos THC. O sea que en realidad depende de qué trastorno estemos hablando. Cada vez hay más estudios que están evaluando el uso de CBD. En muchas enfermedades autoinmunes también; tenemos evidencia en trasplante. Yo publiqué ya dos papers que son de la experiencia del tratamiento del dolor crónico en pacientes trasplantados renales, el segundo todavía no está publicado, está en evaluación. Me parece que es importantísimo tratar de comunicar nuestra experiencia, pero en esto debo decir, y estoy obligada a decir, que nunca tuvimos ningún tipo de apoyo.
Más allá de que en nuestro país, hablando de la regulación, tenemos específicamente una ley que promueve la investigación clínica de este grupo de medicamentos, los médicos que prescribimos no tenemos nunca ningún incentivo. Y lo digo con toda tranquilidad, porque desde hace más de seis años que estoy tratando de realizar un ensayo clínico controlado random, que en varias oportunidades me dijeron que me lo iban a financiar; de hecho lo presenté al IRCCA y lo tenían en el IRC ya pronto para hacer y se cayeron las financiaciones.
Esto es que yo les decía: la dificultad que tiene la industria que está a cargo de los productos con cannabinoides. En realidad es entender la importancia de la investigación clínica para que realmente tengamos esa evidencia necesaria para la prescripción.
Bueno, entonces, de todos estos usos que nosotros hacemos de este grupo de medicamentos, en realidad siempre se hablaba como principal deficiencia el nivel de evidencia. Y les contaba hoy que me hubiera gustado también traer y hacer el análisis del nivel de evidencia, porque en realidad tenemos revisiones sistemáticas, tenemos el máximo nivel de evidencia que nos avala el uso de cannabinoides en varias de estas indicaciones. Digo esto porque muchas veces se mezcla que para aprobar un medicamento, una nueva indicación de un medicamento o un medicamento nuevo, sí o sí necesitamos una

fase 3. Pero para realizar una prescripción nosotros nos basamos en distintos niveles de evidencia y no necesariamente debemos tener el máximo nivel de evidencia para prescribir. Mucho más cuando en nuestro paciente hacemos la prueba terapéutica y tenemos una muy buena respuesta clínica. Eso es justamente lo que estamos buscando. Entonces me parece importante acá también decir, cuando hablan de evidencia, que es muy distinto el nivel de evidencia que necesitamos para usar los medicamentos que el nivel que se requiere para la aprobación de un nuevo medicamento.

Lo otro es que siempre hay estos clichés del cannabis medicinal. Siempre se dice que el perfil de seguridad es bárbaro, que este grupo de medicamentos tiene un muy buen perfil de seguridad si lo comparamos con otros fármacos antiepilépticos. Estos son el perfil de seguridad. Es un bebé de pecho comparado con el perfil de seguridad de los otros antiepilépticos. CBD versus cualquiera de los antiepilépticos que utilizamos normalmente. Pero también es cierto que cada vez más se conoce el perfil de seguridad y ya sabemos que aunque tenga un muy buen nivel, un muy buen perfil de seguridad, necesitamos sí o sí hacer el seguimiento de enzimas hepáticas, cosa que antes en este cliché que se manejaba era tan bueno que no necesitábamos hacer prácticamente nada. Y no es así. El CBD y la mayoría de los cannabinoides se metabolizan por el CIP, no por los citocromos hepáticos. Muchos medicamentos se metabolizan por la misma vía. Y entonces en realidad debemos tener mucho cuidado con las potenciales interacciones farmacológicas.

> Cada vez más se conoce el perfil de seguridad y ya sabemos que aunque tenga un muy buen nivel, un muy buen perfil de seguridad, necesitamos sí o sí hacer el seguimiento de enzimas hepáticas.

¿Cuándo me importa en particular tener tanto cuidado? Y, bueno, por ejemplo, muchas de las personas que se acercan a pedir para usar cannabinoides son personas que están en tratamiento con quimioterapia. Muchos fármacos que se utilizan en el tratamiento de quimioterapia utilizan las mismas vías metabólicas y debemos tener mucho cuidado, porque está muy bien aliviar el dolor, aliviar náuseas y vómitos secundarios a la quimio, es nuestro objetivo. Pero en realidad nuestro objetivo es aliviarlo sin hacerle daño. Si nosotros sacamos la eficacia de la poliquimia no estamos haciendo una buena intervención, entonces la valoración por el médico en cada indicación es fundamental. Por eso también hago hincapié en la importancia de que los médicos nos hagamos cargo del tratamiento médico como debe ser.

Yo les decía que les estaba hablando de los clichés, de la deficiencia, del pobre nivel

de evidencia y fortaleza del perfil de seguridad. Y vemos que en realidad nada es tan blanco ni negro y que realmente necesitamos conocer en profundidad este grupo de medicamentos para poder prescribirlos.
Necesitamos más evidencia clínica para prescribir, por ejemplo, para que puedan estar en los protocolos de tratamiento de dolor. Que el uso del médico no sea porque nos parece que puede ser beneficioso; sus usos ya podrían estar protocolizados, pero para eso sí nos falta más nivel de evidencia, en realidad, de las deficiencias.
Acá yo traté de poner un poco resaltado la accesibilidad de estos productos con adecuados controles de calidad en nuestro medio. Esta es la principal dificultad que tenemos.
En suma de las principales dificultades que tenemos actualmente para lograr el uso racional de los cannabinoides en Uruguay son:

> Necesitamos más evidencia clínica para prescribir, por ejemplo, para que puedan estar en los protocolos de tratamiento de dolor. Que el uso del médico no sea porque nos parece que puede ser beneficioso.

· La falta de acceso a los medicamentos controlados: si yo tengo que resaltar uno sobre los otros, claramente es este el problema fundamental. Cuando digo «falta de acceso», es cierto que están disponibles en farmacia, pero el costo hace que sea muy poco accesibles. Son algunos los que pueden pagar, pero no todos. Yo trabajo en un IMAE de trasplante con una población de todos los niveles y realmente el porcentaje que puede mantener el tratamiento no es el que me gustaría. Me gustaría que todos pudieran y no es así.

· La comercialización de productos no controlados. Acá estamos poniendo en riesgo a nuestra población. Y esto es así. De hecho, las consultas en emergencia se dan por intoxicaciones por productos no controlados fundamentalmente. Y eso es grave.
La falta de financiación para investigación clínica que habilite que nosotros podamos protocolizar, conocer más realmente, conocer cuál es el lugar en la terapéutica de este grupo de medicamentos.

Y, como siempre, me gusta terminar en los objetivos de una buena prescripción. ¿Por qué nosotros prescribimos? Prescribimos para contribuir a preservar o mejorar la salud y el bienestar del paciente, maximizar la efectividad del uso de los medicamentos, minimizar los riesgos a los que exponemos al paciente al usar un medicamento, minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional de los medicamentos

y respetar siempre las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica. Y es por esto que tenemos una gran responsabilidad como médicos, como investigadores, como generadores de opinión y como integrantes de nuestra sociedad.
Y es por esto que les agradezco mucho el haberme invitado a participar en estas jornadas.
Gracias.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

Hola. Yo soy Martín Rodríguez, fui director ejecutivo del IRCCA hasta el 2020 y actualmente trabajo para Flexen Biofarma, que es una empresa integrada verticalmente que trabaja con cannabis y cannabinoides para uso medicinal y científico. Leticia, muchas gracias, un gusto como siempre escucharte. Te quería preguntar por algo que me parece que está muy conectado con varias de las cosas que planteaste sobre las limitaciones al prescribir y conectado con la disponibilidad de productos.
La ley 19.847 de Uruguay prevé diferentes categorías para el registro y la comercialización de productos con calidad farmacéutica no desarrollados bajo condiciones de buenas prácticas de fabricación. Entre ellos una categoría que no está reglamentada todavía. Por eso siempre es interesante organizar este tipo de actividades y más todavía cuando se logra convocar a los responsables de la autoridad sanitaria. Está la categoría de producto vegetal con base en cannabis concebida como un híbrido entre buenas prácticas de fabricación atendiendo las condiciones de desarrollo y fabricación de ese producto, pero sin la exigencia de la evidencia clínica para el registro de ese producto tal como está concebida esa categoría en la ley. Mi pregunta concreta para vos, con base en esto que venías planteando, es si identificas cuál es la posición de la SUEN o, si no hay una posición institucional, cuál es tu posición sobre la oportunidad que puede representar esa categoría y la existencia de productos bajo esa categoría con calidad controlada en distintas formas farmacéuticas con distintas formulaciones registradas ante el MSP, y por lo tanto circulando bajo ese registro, pero sin la evidencia clínica asociada como exigencia para ese registro.

Respuesta de Leticia Cuñetti

A raíz de esa ley nosotros tuvimos varias asambleas. No hay una posición fuerte en SUEN porque entre los miembros de SUEN hay gente que está con opiniones muy diversas.
Desde SUEN lo que podemos decir de forma unánime es que lo que nosotros pedimos es que el control sea el control mínimo para prescribir en cualquier persona. ¿Qué implica el control mínimo? El saber perfectamente cuál es la constitución de la solución. Eso es lo mínimo: saber qué es lo que estamos prescribiendo, qué porcentaje de cada canabinoide tiene.
La otra parte de control es el control de seguridad: que no tenga contaminantes.
Ahora, ¿cómo se hace eso? Y ahí habrá que ver. No qué es lo más fácil para hacer. Yo creo que tenemos que dar la vía posible teniendo siempre como limitante esto que acabo de decir. Tenemos que conocer la constitución de la solución y que no tenga contaminantes. Y después, la vía por la que se apruebe.
De hecho ahora con la ley tenemos acceso a THC si tuviéramos los magistrales. El

tema es que todavía, a pesar de que está la ley, que podríamos tener acceso a THC que es realmente algo que estamos buscando y que queremos para algunos pacientes que sí lo pueden recibir, no tenemos acceso porque no hay ninguna farmacia que se haya anotado, no hay nadie interesado en realizar estos productos. Es un tema.

Acotación: QF Susana Tchekmeyan

Muchísimas gracias doctora por la excelente presentación. Una pequeñísima aclaración: si esos productos que nombraron fueran permitidos y autorizados por el Ministerio de Salud Pública, nosotros los químicos farmacéuticos para liberarlo para que ustedes los médicos los puedan utilizar, deben tener trazabilidad. Por tanto, van a conocer perfectamente su fórmula cualitativa y cuantitativa, y además estarán libres de contaminantes. Porque para hacer la liberación del producto es obligatorio tener lo que se llama un COA, o sea un certificado de calidad. Quiere decir que si esos productos se autorizaran por el MSP, el químico farmacéutico de control de calidad debe obligatoriamente firmar esos documentos y asegurarles a ustedes su uso correcto.

URUGUAY

Lic. Burix Mechoso

ASISTENTE DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE BIOFÍSICA, LABORATORIO DE RADIOBIOLOGÍA. NÚCLEO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS SOBRE CANNABIS. FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR.

Buenas tardes a todas y todos. Muchas gracias para quien haya organizado y quien apoya esta instancia. Estamos contentos de participar en estas instancias que son tan importantes para para el diálogo entre los diferentes actores de diferentes áreas.

El desafío para este diálogo de hoy es justamente, desde nuestra perspectiva, como docentes investigadores de la Universidad de la República (Udelar) mostrarles cuáles pueden ser los aportes de la academia en lo que pudo haber sido la política de regulación del cannabis en Uruguay que ya lleva casi diez años.

Vamos a tratar en este tiempo de poner algún elemento para poder discutir o para poder criticar. Recientemente han surgido una serie de trabajos, yo elegí este en particular porque me pareció interesante. Es reciente y es justamente un estado del arte de una planta que es milenaria, que es el cannabis y tiene unos lindos aportes que se los recomiendo a todos. Está libre.

Lo primero que tenemos ahí es una línea temporal en la que se destacan algunos hechos:

Alrededor de 1963/1964 hay un gran investigador como fue el profesor Rafael Mechoulam, a quien lamentablemente ya no lo tenemos más.

Aportó, ya en los años sesenta, acerca de la estructura de estas moléculas que componen la planta de cannabis y que son básicamente específicos de esa planta, aunque se han encontrado últimamente algunas plantas que contienen algunos pocos cannabinoides. Pero básicamente el cannabis sativa es la planta que contiene la mayor cantidad es la característica.

Ahí tenemos para destacar es la caracterización química del THC, del CBD y de otros cannabinoides, solo como un ejemplo para para ver la importancia que ha tenido a lo

largo de la historia, en particular de la segunda mitad del siglo pasado, el aporte de estos investigadores a lo que es cómo intervienen en un sistema complejo que tiene que ver con la regulación de la homeostasis en nuestro organismo.

Pueden ver la cantidad de componentes que intervienen o que se pueden extraer de esa planta. Y esto es una publicación ya relativamente vieja. Sin embargo. Ven acá la cantidad de cannabinoides que había hasta ese momento. Hay más de 100 caracterizados hoy día; el resto son no cannabinoides. Y acá están colocados los que aparecen en el mismo paper mencionado, los principales y cuáles son sus vías sintéticas, de las formas ácidas a las formas que pueden ser activas y sus vías de degradación.

> En particular los cannabinoides y los terpenos son los que últimamente han cobrado mayor importancia y por eso es que los trajimos a colación.

Pero hay otras moléculas como, por ejemplo, los terpenos que todos los conocen y que no son exclusivos de la planta de cannabis, que son los que le dan el olor característico del olor a zorrillo, que es uno de los terpenos que pueden aparecer en esas variedades al menos y que es el betacarfileno.

Hay otras que son flavonoides, que también es importante conocerlas, porque pueden ser de utilidad. En particular los cannabinoides y los terpenos son los que últimamente han cobrado mayor importancia y por eso es que los trajimos a colación. Pero de los flavonoides ya también se conoce su acción.

Ustedes ven estas conformaciones y todos estos oxidrilos que aparecen por acá. Yo no soy químico, soy biólogo humano, pero trabajo en conjunto con colegas que manejan el tema. Estos estos flavonoides, tienen la capacidad de ser captores de algún modo de radicales libres y en el laboratorio de radiobiología se vienen usando desde hace mucho tiempo. Eso fue un poco uno de los ganchos del inicio del grupo, que tiene que ver con investigación de cannabis, porque ellos trabajaron muchísimo con vinos tanat y también con yerba mate. Entonces fue como un tomar impulso a partir de esa investigación para poder continuar con otra molécula de origen natural.

Bien, acá un poco haciendo homenaje a la figura central a la que hago referencia hoy, el profesor Mechoulam, que fue el que dilucidó estas moléculas importantes allá por los años 60.

Después el conocimiento de un receptor a nivel de membrana que fue el CB1; hoy ya se conoce el CB2 y otros. Y ahí a ponerse a pensar en vías de señalización, lo cual habla de la acción de determinado tipo de moléculas que pueden interactuar con ellos y verse afectada la funcionalidad celular.

Otros de ellos son productos endógenos, que son ligandos a van a influir sobre esos receptores cannabinoides y esos ligandos endógenos o endocannabinoides, para diferenciarlo de los que produce la planta que son los fitocannabinoides. También recordemos que se pueden producir de forma artificial y como, por ejemplo, el THC sintético contenido en el Marinol.

Y quizá el concepto más interesante es el de sistema endocannabinoide, porque justamente el conjunto de receptores y sustancias que actúan sobre esos receptores más los sistemas enzimáticos involucrados en la síntesis y degradación de algunos de estos componentes, es muy importante para la regulación en nuestro organismo porque es un modulador de moduladores; así lo definen quienes trabajan con él, en particular los neurobiólogos.

No es mi área de trabajo, pero eso es muy interesante porque estamos ya viendo en ese eje de regulación desde el sistema nervioso central cuán importante puede ser conocer este tipo de mecanismos involucrados en el sistema endocannabinoide.

Ya como esto tiene un marco de cuestiones legales, en 1974, en plena dictadura, teníamos la posibilidad de realizar estudios de investigación y elaboración de productos terapéuticos. Sin embargo no se hizo así. No obstante ello, la investigación obviamente fue prácticamente nula. Y digo 'prácticamente nula' debido al paradigma del prohibicionismo, al contexto internacional desfavorable. No había tampoco estímulos para la investigación. Sin embargo, un conocido profesor de farmacología, el profesor Jorge Monti, se animó a hacer investigación con cannabinoides. Pero no lo pudo hacer en Uruguay porque no pudo conseguir los productos. Y con su amigo el profesor Carlini en Brasil, que conseguía los cannabinoides desde Estados Unidos directamente, publicó este trabajo allá por 1975. Y agrega un nuevo trabajo también hecho en Brasil, porque acá en Uruguay no podía hacerlo. No porque no tuviera un marco legal, era que no tenía posibilidades de conseguir el material.

Quedaron para la historia, hasta que aparece la ley 19172 y todos estábamos muy contentos porque íbamos a poder realizar investigación. Porque como muy bien lo dijo Leticia, se promueve la investigación científica; al menos ese es el espíritu de la ley al principio. Pero no es tan así.

De todos modos, algunas cosas hemos hecho y creo que está bueno que las destaquemos. Entonces vamos a ver con esto qué es lo que se puede hacer a partir de la ley: por un lado, la promoción desde la ley, la posibilidad de acceder al material y un cambio de paradigma en que se pasaba del prohibicionismo a la liberación o regulación de este tipo de sustancias que permitían hacer uso de ellos para investigación en particular. Y esto me parece interesante, porque en Uruguay se apostó a una regulación completa del mercado, o sea, no se apostó a la liberación total ni tampoco a la prohibición, sino que una situación intermedia entre lo que es la polarización de la prohibición y la liberación.

Es una ley muy extensa, pero al menos tiene implícito lo que tiene que ver con el

cannabis recreativo, el cannabis medicinal, el cannabis industrial, la promoción de la investigación. El único no contemplado es el uso religioso, pero no me llama la atención en un país como Uruguay que es laico y eso la propia Constitución lo habilitaría, porque la libertad de culto existe en este país. Alguien podría tener en ese momento algún uso religioso y no sería anticonstitucional.

Bueno, desde la Facultad de Medicina, allá por el 2013/2014, empezamos a pensar en la posibilidad de generar un grupo. Al principio fue un grupo interdisciplinario de estudio sobre cannabis y nos asociamos con nuestros vecinos de enfrente, los de Facultad de Química. Por febrero del 2014 se nos ocurrió la idea de pensar en eso y conseguimos todos los avales correspondientes: del Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina, la Facultad de Química, el naciente IRCCA.

De esa manera nos consolidamos como grupo. ¿Por qué un núcleo interdisciplinario? Porque valoramos la posibilidad de tener investigadores con intereses comunes de diferentes áreas, con antecedentes de trabajo con productos de origen natural (como la yerba mate y el vino tanat) e investigación casi nula y un marco legal favorable. Nos pareció al menos interesante poder generar esa instancia de trabajo.

¿Por qué un núcleo interdisciplinario? Porque valoramos la posibilidad de tener investigadores con intereses comunes de diferentes áreas, con antecedentes de trabajo con productos de origen natural (como la yerba mate y el vino tanat) e investigación casi nula y un marco legal favorable.

Obviamente se trataba de consolidar un grupo de trabajo con la posibilidad de ampliarlo. Fuimos pocos, después se fueron agregando algunos más y otros lo hicieron de manera independiente. Pero la idea era generar desde la universidad un trabajo multidisciplinario, no la sumatoria de diferentes disciplinas, sino poder interactuar y generar la interdisciplina alrededor del eje común, que es el cannabis. No era fácil, pero era un interesante desafío.

El primer concepto es saber que de la planta al medicamento el camino es muy largo y la interacción de esas diversas disciplinas va a enriquecer y acelerar el proceso de conocimiento de la planta y los productos. Entonces ahí pueden confluir la investigación básica, la investigación aplicada y, por ende, el trabajo interdisciplinario.

Inicialmente conformamos un círculo abierto, fieles a nuestras tradiciones universitarias. Somos una universidad que, como universidad, entendemos su significado: uni-

versitas, «pluralidad», por lo tanto nos era cómodo trabajar en conjunto con otros colegas de otras disciplinas. Y ahí empezamos en la primera instancia con la caracterización genética, la caracterización fitoquímica, con estudios metabolómica y también los efectos biológicos, que es en lo que trabajamos particularmente nosotros.

Inicialmente nos asociamos con un laboratorio privado que se ofreció para hacer la determinación genética de variedades que se cultivan en Uruguay. No teníamos un peso. Por lo tanto, alguien que se ofreciera a colaborar, para nosotros era bienvenido, una empresa privada en este caso. El resto de los laboratorios tenían toda su infraestructura y su personal formado. Había que empezar a buscar fuentes de financiación.

Se consideró que la planta de cannabis tiene varias especies. La especie es una, pero hay algunas que son mayormente sativas y otras mayormente índicas.

Es interesante, como primer punto, que vamos a ver que se consideró que la planta de cannabis tiene varias especies. La especie es una, especie única, pero hay algunas que son mayormente sativas otras mayormente índica. Por ahí tenemos la ruderalis, que también se utiliza muchísimo. Pero lo interesante de la caracterización genética tenía que ver con poder determinar qué es lo que había en el Uruguay en ese momento. Y logramos 250 muestras, de las cuales tuvimos que descartar 20. Ahí lo que ustedes ven es el genotipado a través de un marcador (que es lo que se llama microsatélite o STR - small tandon repeats), que ya habían sido validados y publicada previamente la metodología. Se utilizó un programa, que es el Structure, que permitió diferenciar tres grupos (esos colores que ustedes ven ahí).

Entonces es interesante porque se habla de sativa, se habla de índica y se habla de híbridos. Este primer resultado pareció muy interesante y de hecho los datos es que fenotípicamente estas hojas corresponderían a plantas mayormente índicas, estas a mayormente sativas y estas a un fenotipo intermedio o híbrido. Los datos en rojo son los que corresponden a los mayormente índicos, en verde a los mayormente sativos y en azul a los híbridos.

Si ustedes observan ven que dentro de cada uno hay algunos que tienen un componente agregado en este caso que es mayormente índico también elementos de híbrido y también elementos sativos o directamente. Pero el más interesante de todo es este: ustedes ven acá el híbrido que acá hay 50 que corresponderían al híbrido, con una desviación prácticamente normal hacia lo que es el verde y el rojo.

Entonces, hecha esa aclaración, presentamos en algún congreso estos datos y realmente es muy difícil encontrar formas nativas (formas que son decididamente índicas o decididamente sativas); por eso decimos que son «mayormente» sativas y «mayormente»

índicas. La mayoría son híbridos.
¿Por qué utilizar la genética? Porque es un punto de partida para tener trazabilidad, para poder decir con esto sé que estoy trabajando.
Aunque con eso no alcanza, porque la planta puede tener su genética como cualquiera de nosotros la tiene y la variabilidad no solo depende del acervo genético al que pertenece la planta, sino cómo ese acervo genético va a interactuar con el medio ambiente y va a generar esa capacidad de expresar, que es lo que llamamos 'fenotipo'. Es un concepto bastante arcaico, que está hoy siendo modificado. Ya ha sido modificado. O sea que lo que se expresa para decir el fenotipo es el producto de la sumatoria de los genes o material o información hereditaria más la acción del medio ambiente. Pero lo que debemos tener en cuenta es la interacción; entonces ahí se juega la mayor parte, porque no es lo mismo plantar una genética en el Chaco, en Argentina, que plantarla en Uruguay o plantarla en el Ecuador. Porque no solo va a tener que ver la latitud, va a tener que ver la cantidad de luz ultravioleta que reciba, la humedad, en fin, una serie de variables donde la interacción se transforma en la va a definir realmente el fenotipo. Es como poner dos mellizos gemelos, uno en Nueva York y el otro en el medio de la selva. Van a ser diferentes, porque esa interacción con el medio ambiente va a modular la expresión de ese carácter final que es la expresión o fenotipo.
Otro producto que tuvimos fruto del trabajo a cargo del profesor Falconi es el trabajo que tuvo que ver con sueño y vigilia, donde ratas fueron vaporizadas con cannabis rico en THC. La idea es seguirlo para hacer con CBD, y para hacerlo también con conservaciones intermedias en primera instancia.
Pero no fue lo único que hemos hecho desde 2014 a la fecha, el NIEC (Núcleo Interdisciplinario de Estudios del Cannabis) ha colaborado con la Junta Nacional de Drogas. En 2014 se hizo un foro de cannabis medicinal en el que participaron actores internacionales. Se hizo una videoconferencia en 2015 o 2017, no me acuerdo exactamente ahora, en diferentes instancias en la cual el IRCCA nos pidió colaboración para los estudios analíticos y también opinión para largar sus variedades recreativas al mercado bajo el precepto de disminución de riesgos y daños que tuvieran CBD y fuimos consultados, fuimos una segunda opinión, sobre esto. Hicimos un informe para el que además consultamos a un experto, que fue el profesor Roger Pertwee, en su momento, y las dos variedades que fueron lanzadas al mercado fue, de algún modo, gracias a la contribución de un par de informes que hubo. Uno de ellos, el nuestro.
Se han desarrollado diferentes actividades, no solo de investigación, algunas de docencia a nivel de pregrado. El profesor Braco ha anunciado inicialmente que para el año que viene vamos a hacer un curso que tiene que ver con el uso medicinal del cannabis desde los aspectos básicos y aplicados.
Hay una serie de trabajos, algunos directamente vinculados al grupo completo, algunos de ellos de algunos de los integrantes del equipo.
Y, pandemia de por medio, ya hay muchos trabajos que han sido publicados. Hay al

menos cinco tesis de posgrado que han sido terminadas o están en proceso; diferentes colaboraciones con integrantes de la sociedad y con empresas, en particular para asesorar.

Y esa un poco la idea de lo que significa ese camino sinuoso, desde la semilla al medicamento, donde la importancia no solo de la genética como veíamos, sino del aporte de agrónomos, de gente que trabaja en botánica, en farmacognosia, que estudia la bioactividad, que se hacen ensayos clínicos, antes los preclínicos, farmacotecnia, en fin…

Yo entiendo lo que decía la doctora Cuñetti previamente sobre que lamentablemente no haya habido ensayos clínicos en el Uruguay. Pero es cierto que los ensayos clínicos son un poco caros. El promedio para un ensayo clínico es de unos 30.000 USD por paciente y lleva unos 7 años. La pena es que no los hayamos podido hacer acá porque hemos tenido una oportunidad de diez años.

No obstante, hay que destacar que desde nuestro grupo, como también de otros que trabajan fuera del grupo, señalamos la importancia de hacer investigación y de aportar a la enseñanza. Además, tenemos un gran capítulo que es el de la extensión, que implica trabajar con los emprendedores, con los cultivadores, con las organizaciones sociales, con la Junta Nacional de Drogas, como lo hemos hecho y como seguramente lo vamos a seguir haciendo, y con otros investigadores. Poder integrar entonces la extensión con el medio es muy importante porque es donde podemos obtener los insumos o dirigir nuestro objetivo para lograr el nivel de conocimiento que queremos alcanzar o alcanzar la evidencia de la que tanto se habla y se necesita.

Entonces, el engranaje de la interdisciplina, si bien no es sencillo, es un ejercicio válido que está dentro de lo que hoy se considera el 'pensamiento complejo', y habilita a poder trabajar de manera grupal desde diferentes ángulos con una mirada hacia un punto en particular o hacia un eje en particular. Nuestras perspectivas son justamente fortalecer y ampliar la acción interdisciplinaria, seguir el intercambio.

Si bien hemos tenido algún parate de algún tiempo, estamos regestionando la posibilidad de trabajar desde el NIEC de la misma manera como lo hicimos al principio.

Hay una cosa que me gustaría transmitirles y es que inicialmente nosotros tuvimos un proyecto en el cual desde la Universidad de la República le presentamos la posibilidad al IRCCA (porque tenía una necesidad para hacer la analítica) de que tuviera su laboratorio en la universidad; la universidad le ofrecía un local para que el IRCCA tuviera su laboratorio de análisis, ya sea la parte de análisis químico como microbiológico o de metales, por ejemplo. Lamentablemente eso no se no se concretó, pero la buena noticia es que se está rehabilitando la posibilidad de que esto suceda. Y eso nos pone muy contentos, porque creo que abre la posibilidad, no solo para que el IRCCA tenga un laboratorio donde pueda hacer sus análisis, sino que también —y esta es una idea del profesor Bracesco— desde la universidad se pueda ofrecer los profesionales, o sea los recursos humanos formados, para que formen nuevos recursos humanos y a su vez sirva como un elemento de satelitado con laboratorios ya existentes. O sea, te-

ner un laboratorio central y una universidad donde quizás desde otros puntos pueda conectarse con él para obtener los insumos para poder trabajar en diferentes áreas de investigación.
No es una idea menor. Es aprovechar lo que tenemos, los recursos humanos y los que se forman, más los satélites (que son laboratorios que ya están trabajando y que tienen experiencia en la temática o similar).
Bien, como se trata justamente de hacer un poco de historia de lo que ha sido el uso del cannabis a lo largo de la historia, el paper que yo mencioné al principio toma datos desde 2700 años antes de Cristo. O sea, es realmente es una planta milenaria. Y en los últimos diez años (desde 2013 a la fecha) hay que destacar una serie de trabajos vinculados al uso del cannabis a nivel medicinal, o sea, vale decir, a nivel clínico.
Estos diez trabajos están publicados año a año y es una interesante visualización de que se ha venido trabajando de manera incesante en diferentes patologías.

Para poder hacer interdisciplina tenemos que interactuar con el resto de los colegas y con la propia sociedad, que nos va a ofrecer los insumos para poder trabajar.

En realidad esto es un poco para mostrarles que fuimos los primeros cuatro encantados con la idea de poder trabajar de manera interdisciplinaria: el doctor Carlos García, el doctor Falconi, el doctor Nelson Bracesco y yo. Y un grupo interesante de colegas, amigos, compañeros, que no están acá anotados, pero que han colaborado. Y no sabemos cuántos más se puedan agregar. Ojalá sean muchos. La idea es poder colaborar, hacer investigación, poder innovar, hacer interdisciplina. Y ya hemos de algún modo mencionado que para poder hacer interdisciplina tenemos que interactuar con el resto de los colegas y con la propia sociedad, que nos va a ofrecer los insumos para poder trabajar. Y agrego además el impulso (la doctora Cuñetti habló de «incentivo»; puede ser una cosa o la otra). El impulso desde un punto de vista físico es la fuerza por unidad de tiempo. Es la fuerza que tenemos para poder trabajar en este tema y el impulso que nos tienen que dar para poder trabajar en este tema. Es un interesante diálogo que se tiene que dar para poder entender que esto es útil. Hay que generar evidencia.
Esto es una anécdota y me da pie para hablar de algo que después quiero recalcar: hace un par de días estaba a unos 100 km del centro de Buenos Aires. Entro a una farmacia y me encuentro con esto (imagen)).
Y yo digo, bueno, ¿qué será? Porque, más allá de lo que dice, ellos tienen una ley que es muy reciente con una reglamentación que es muy particular donde cada provincia la va adecuando de acuerdo a sus necesidades. Y eso puede tener una doble lectura,

puede ser una cosa muy buena porque se adecua a cada una de las posibilidades o puede llegar a no serlo. Eso dependerá del tiempo, que dirá si fue una buena experiencia o no.

Yo no voy a hablar mal de este producto que está en la farmacia, ni bien ni mal, pero yo no tengo idea de cuál fue la farmacotecnia, cuál fue el grado de estandarización, el control de calidad. Yo quiero creer que esto está bárbaro, capaz que sí, pero me da pie para hablar de lo siguiente: la importancia de tener no solo la trazabilidad sino la estandarización de productos y los controles de calidad. Desde la química clásica es fácil entender que estandarizar un principio activo único o dos no es complejo. Pero cuando se trata de multiplicidad de productos provenientes de una planta, su estandarización no es simple. Sin embargo, es necesaria.

Yo me acuerdo en 2018 un connotado profesor español que ha visitado Uruguay en varias oportunidades. Él decía que es imposible o casi imposible llegar a estandarizar un producto de origen vegetal. Hoy por hoy no es así. Yo discrepo. Estamos en la era de las «ómicas», por lo tanto la metabolómica, por ejemplo, puede caracterizar perfectamente todos los componentes, todos los metabolitos provenientes de la planta y podría lograrse una estandarización para que se pueda protocolizar el producto y los médicos lo puedan usar partiendo de los pilares de la calidad, que son justamente la seguridad y la eficacia.

> Podría lograrse una estandarización para que se pueda protocolizar el producto y los médicos lo puedan usar partiendo de los pilares de la calidad, que son justamente la seguridad y la eficacia.

Todos sabemos que cuando hablamos de control de calidad nos estamos refiriendo a que esa sustancia que vamos a utilizar, sea un medicamento o sea una especialidad vegetal, tiene que ser segura y eficaz. Entonces, estandarizar un producto múltiple no es imposible, se puede lograr utilizando tecnología actualizada, como, por ejemplo, como mencioné la metabolómica.

Esto es una diapo que la sustraje al ámbito de la ecología social. Yo no sé nada del tema, pero me pareció interesante, porque justamente ahí pone en juego lo que es la interacción de la sociedad en su medio ambiente, justamente atendiendo a la economía y nosotros cuando hablamos de incentivo, de impulso. Sabemos que los recursos no son infinitos y tenemos que optimizarlos. Pero son necesarios.

Bueno, esto era un poco lo que queríamos transmitirles. Gracias.

Espacio para **preguntas**

Pregunta 1

Hay una consulta sobre la metabolómica.

Respuesta de Lic. Burix Mechoso

Yo no soy especialista en el tema, pero hay químicos que se dedican a eso, en particular uno que trabaja en el CUR que tiene un resonador magnético y hace metabolómica. Determina el perfil de metabolitos que se presentan en la planta uno a uno, los 500, los 200, los 300… Entonces, a lo que yo atendía es que es una poderosa metodología que usa una tecnología de punta que permite justamente caracterizar y podría llegarse a estandarizar un producto tan variable.
Porque justamente, una genética determinada, dependiendo del ambiente donde esté, puede generar un producto diferente. No es lo mismo que yo lo cultive a cielo abierto que lo cultive en ambiente controlado, o sea o indoor o greenhouse, o lo que sea.
Entonces la metabolómica ofrece eso: la posibilidad de caracterizar uno a uno los metabolitos que ella produce, sean cannabinoides, sean terpenos o sean flavonoides. Y ahí se abre un paraguas bastante interesante para poder trabajar con ese tipo de sustancias que son tan resistidas.

Pregunta 2

Esto es una reflexión breve. Cuando hablaste de la yerba mate me trajo rápidamente al recuerdo de que lo hemos transitado también con los vinos, en su época también. La gente que es de aquí de Uruguay ha de saber que más o menos en septiembre cuando bajaba la cantidad de noticias políticas o policiales comenzaba la yerba mate: «el mate produce cáncer, produce cáncer de esófago». Y nosotros éramos cartón ligador. Nos llamaban, nos entrevistaban, nos preguntaban. Si prestan atención desde hace un par de años eso vino decayendo. ¿Y saben por qué? Porque el trabajo de hormiguita ese que mostraba Burix a través con los empresarios. Aquí con los empresarios de la región, Argentina, Paraguay y Brasil logramos que entendiera la industria que la investigación no es un gasto, que la investigación es una inversión. La OMS tiene una oficina que había catalogado al mate como un cancerígeno tipo 2, creo. Y eso se sacó con peine fino, a base de publicación científica en revistas arbitradas. Yo creo que este es el camino hay que invertir en investigación. Yo sé que hay mucha información a nivel popular. Entonces, señores, agarren a los investigadores y póngalos contra la pared; demuestren esto, generen evidencia científica, publicada, arbitrada por pares. Yo creo que cuando Burix mostró eso se me vino a la mente, y le pido disculpas al amigo por meter esta reflexión, pero me parece que son caminos que ya los hemos transitado con otros productos naturales. Y además son selectivos. Como decía el compañero de Perú,

hay otros productos que no tienen ese estigma: el café y la yerba mate se toman calientes, los dos tienen ahumado; pero la yerba mate es la mala. Tú hablabas de la coca. Y la marihuana pega… Entonces, digo es una cosa que se basa en sacarlo rápidamente, pidiendo a los investigadores que se esfuercen y al sistema que apoye.

Respuesta de Lic. Burix Mechoso

Aparte de los que vos decís, hay que gastar en investigación. Y cuando la doctora Cuñetti hablaba de medicina basada en la evidencia, hoy por ahí nadie lo discute. También justamente atendiendo la diversidad, pues si nos miramos, todos somos distintos. No solo alcanza con medicina basada en la evidencia, sino también medicina personalizada. Y hoy por hoy eso se puede hacer. Y no es que sea más caro. Es simplemente que hay que educarse, formarse y ponerlo a disposición. Son dos conceptos muy interesantes.
El que siembra en investigación cosecha en progreso, se dice.
Gracias.

ESCANEÉ EL CÓDIGO QR PARA VER EL VIDEO DEL FORO EN YOUTUBE

https://www.youtube.com/watch?v=Xz8ChCZFPsg&t=7346s

Uruguay
Presidencia

Junta Nacional
de Drogas
Salud, Libertad y Solidaridad